Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 1½ Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER

Zusendungen werden portofrei erbeten. Für die Redaction unter der Adresse: Karolinenplatz 2/o. Für Abonnement u. Inserate an Jos. Ant. Finsterlin in München Salvatorstr. 21.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Dr. Bollinger. Dr. H. Ranke. Dr. v. Rothmund. Dr. v. Schleiss. Dr. Seitz. Dr. Winckel.

№ 2. 1887. 11. Januar.

Redacteur: Dr. B. Spatz, Karolinenplatz 2/o.
Verlag: Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21.

34. Jahrgang.

Originalien.

Die Heilung des Anus praeternaturalis mittelst circulärer Darmresection *).

Von Prof. Dr. *Angerer,* Vorstand der k. chirurg. Poliklinik.

M. H.! Sie gestatten mir, dass ich Ihnen einen Mann vor seiner Entlassung aus unserer Behandlung vorstelle. Derselbe stammt aus Niederbayern, ist 41 Jahre alt, Bierbrauer und erhielt am 14. Februar ds. Js. mit einem Tranchirmesser eine penetrirende Stichwunde des Unterleibs mit Vorfall und Verletzung des Darms. Der zu dem Verletzten gerufene Arzt nähte die durchschnittenen Darmlumina an die Bauchwand an und schaffte so einen widernatürlichen After, das Correcteste, was unter den obwaltenden äusseren Verhältnissen zu thun war. Der Verletzte erholte sich nach längerem Krankenlager, in dessen Verlauf es zu circumscripter Peritonitis und mehrfachen Abscessen in der Bauchwand kam, deren Narben Sie heute noch sehen können. Der Stich traf rechts unterhalb des Nabels etwa 3 cm über dem Lig. Pouparti die Regio hypogastrica und hatte den Dünndarm getroffen. Der Kranke hatte sein Leben gerettet, aber die Folgen der Verletzung machten sich in schwerwiegenden Störungen geltend. Wir Alle wissen, welche grosse Beschwerden ein widernatürlicher After mit sich bringen muss. Abgesehen von den Störungen der Ernährungen sind es noch vielmehr die tausendfachen Belästigungen in der socialen Stellung, die das Leiden mit sich bringt und dem Kranken Heilung seines Leidens selbst mit einer gewissen Gefahr für sein Leben dringend wünschenswerth erscheinen lässt. Zu Allem bereit, suchte der Kranke Hilfe an der Poliklinik und wurde am 5. November in die stationäre Abtheilung der Poliklinik aufgenommen.

Nachdem mehrere Tage vor der Operation wiederholte tägliche Eingiessungen per rectum das abführende Darmstück gründlichst gereinigt hatten und zwei Tage vor der Operation der Kranke auf Diät gesetzt worden war, schritten wir am 17. November zur Operation, da auch die Heilung der Excoriationen an der Bauchwand in der Umgebung der Fistel nahezu erfolgt war. Wir konnten durch diese Vorbereitungen zur Operation hoffen, einen möglichst leeren Darm zu haben, ein Umstand, der zur Erreichung einer glücklichen Heilung von grosser Bedeutung ist. Die durch den Mund eingeführten Nahrungsmittel, besonders die in flüssiger Form gingen in kürzester Zeit in wenigen Minuten durch die Fistel ab; es musste demnach ein nahe dem Magen liegender Darmtheil verletzt sein.

Nach sorgfältiger Reinigung des Operationsgebietes und der Fistel mit 1 pro mille Sublimatlösung, umschnitt ich — ohne Spray — mit zwei halbmondförmigen Schnitten die Fistel und ging langsam präparirend vor. Es stellten sich schon hier nicht unbedeutende Schwierigkeiten ein, weil in dem Narbengewebe eine genaue Orientirung nach anatomischen Anhaltspunkten unmöglich war, hauptsächlich aber desshalb, weil die verletzten Darmschlingen fest mit der Bauchwand verlöthet waren. Das Peritoneum war nicht zu erkennen und ich kam präparirend an einer Stelle statt in die freie Bauchhöhle in das Lumen des abführenden Darmtheils. Nach Eröffnung der Peritonealhöhle endlich zeigten sich die durchschnittenen Darmenden sehr ausgedehnt sowohl mit dem Peritoneum parietale als auch mit den benachbarten Darmschlingen verwachsen, so dass ich das seröse Blatt der später zu resecirenden Darmenden abpräparirend an den gesunden Darmtheilen zurücklassen musste, um nicht auch jene zu schädigen. So kam es, dass ich, bis ich im Gesunden den Darm durchschneiden konnte, von dem zuführenden Ende 13 cm, von dem abführenden 15 cm reseciren musste. Entsprechend den resecirten Darmpartien schnitt ich alsdann einen Keil aus dem Mesenterium aus, unterband einige spritzende Gefässe aus dem Mesenterium und nähte dessen Schnittränder mit Catgut. Unterdessen wurde der Austritt von Darmsecreten — es war keine Spur von Koth im Darm vorhanden — durch Digitalcompression von Seite eines Assistenten verhütet. Nun wurden mehrfach zusammengelegte Sublimatgazecompressen zum Schutz der offenen Peritonealhöhle untergelegt und so die Darmnaht gewissermassen extraperitoneal vorgenommen. Als ich die Darmlumina an einander zu passen versuchte, zeigte sich das Lumen des abführenden Endes nicht unbeträchtlich verengt, so dass ich diese Differenz in der Weite der Lumina durch nachfolgendes schräges Zuschneiden des abführenden Schenkels ausgleichen musste. Da jetzt eine genaue Coaptation durch die Naht leicht war, legte ich erst vom Darmlumen aus sechs Schleimhautnähte an, die die correspondirenden Darmtheile gut fixirten und nun die doppelreihige Naht Czerny's, besonders sorgfältig an den dem Mesenterium zugewendeten Darmpartien. Zur Knopfnaht wurde feinste antiseptische Seide und feinste Nadeln verwendet. Im Ganzen legte ich 30 Nähte an. Nach vollendeter Naht blähte sich der Darm auf. Ich reinigte zum Schluss nochmals recht sorgfältig mit 1 pro mille Sublimatlösung, reponirte den Darm und verschloss die Bauchwunde mit tiefgreifenden Knopfnähten. Darüber Sublimatgazeverband. Der Kranke hatte eine ruhige Narcose während der zwei Stunden dauernden Operation und fühlte sich nach dem Erwachen relativ wohl, bot keine Zeichen von Collaps.

Der Verlauf der Heilung war von keinen störenden Zwischenfällen beeinträchtigt. Die Morgentemperatur war stets normal, an den ersten drei Abenden Temperatursteigerung auf 38,1 bis 38,3. Puls weich, nicht frequent. Schon nach 24 Stunden gingen Flatus ab, am 2. und 3. Tage erfolgte trotz grosser Dosen Opium etwas diarrhoischer Stuhl. Schmerz nur in der ersten Zeit unmittelbar nach der Operation. Der Kranke hätte am liebsten schon am Tage nach der Operation eine gute Mahlzeit zu sich genommen, so wenig hatte er durch den operativen Eingriff zu leiden gehabt. Doch musste er selbstverständlich in der ersten Woche nach der Operation sich mit knapper flüssiger Diät begnügen.

Am 27. November Verbandwechsel. Wunde in der Tiefe gut geheilt, oberflächlich einige kleine granulirende Stellen. Entfernung aller Nähte. Leichter Verband.

Am 4. December vollständige Heilung. Normale Stuhlentleerung, guter Appetit.

Der Kranke kam in gutem Ernährungszustande in die Poliklinik. Er hatte in der Zeit zwischen Verletzung und Operation

*) Nach einem im Münchener ärztlichen Vereine am 15. December gehaltenen Vortrage.

stets reichliche Mahlzeiten, öfters am Tag, zu sich genommen und gab an, dass er sich so kräftig wie vor seiner Verwundung fühle und an Körpergewicht nicht abgenommen habe. In der etwa zehntägigen Carenzzeit magerte derselbe rapid ab und wiewohl er späterhin, seit etwa drei Wochen, kräftig und reichlich genährt wurde, sehen Sie heute noch, vier Wochen nach der Operation, eine auffallende hochgradige Atrophie seiner Muskeln, besonders an den Händen, die zu dessen sonstigen Wohlbefinden in grellem Widerspruch steht. Diese Beobachtung erklärt mir zur Genüge die so häufig bei Darmresectionen als Todesursache angeführte »Inanition«.

Weiters möchte ich Sie noch auf das Ihnen vorgelegte Präparat aufmerksam machen. Sie sehen schon makroskopisch, dass die Wandung des abführenden Darmendes bedeutend dünner ist als der zuführende Schenkel und im mikroskopischen Bilde zeigt sich ein beträchtlicher Schwund besonders der Längsmusculatur des Darms.

Es möge mir gestattet sein, noch einige Bemerkungen an diesen Fall zu knüpfen.

Fürs Erste möchte ich nochmals hervorheben, dass es in all den Fällen von Darmverletztungen, wo man ohne genügende Assistenz, ohne vollständige Benützung des antiseptischen Apparates, ohne vollständige Ausrüstung mit dem nöthigen Instrumenten- und Nähapparat arbeiten müsste, am besten ist, die prolabirte und verletzte Darmschlinge extraperitoneal liegen zu lassen, d. h. nach sorgfältigster Desinfection und Reposition der gesunden Theile die durchschnittenen Darmenden an die Bauchhaut anzunähen. Dadurch wird der Kothaustritt in die Peritonealhöhle verhütet und die Gefahr der septischen Peritonitis bedeutend verringert. Die Darmresection kann alsdann nach Tagen oder Wochen unter den so unbedingt erforderlichen Cautelen in Ruhe und mit genügender Sicherheit vorgenommen werden. Denn diese Operation verlangt einen nicht unbedeutenden Grad von chirurgischer Technik und Schulung, gute Assistenz und kann nicht so rasch und leicht vorgenommen werden. Ein mangelhaft und vielleicht noch mit unzweckmässigem Nähmaterial zusammengefügter und in die Bauchhöhle reponirter Darm würde die grösste Gefahr für das Leben des Verletzten bringen können.

Eine hervorragende Indication für die Darmresection gibt der Anus praeternaturalis und die Kothfistel ab. Reichel hat im 19. Band der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie 1884 im Ganzen — mit Benützung der Statistik von Madelung und Rydygier — 121 Fälle von circulären Darmresectionen aus der Literatur zusammengestellt. Mehrere von ihnen stammen aus der vorantiseptischen Zeit, zum Theil aus dem vorigen Jahrhundert. Davon sind 58 gestorben, 5 behielten bleibende, 13 vorübergehende Kothfisteln, 45 wurden geheilt: das sind 47,9 Proc. Mortalität! In unserer antiseptischen Aera recht ungünstige Erfolge, die sich nur dadurch erklären lassen, dass die Todesursache durch eine Reihe von Factoren — Collaps bei langer Dauer der Operation und Narcose — Stenose des Darms an der Resectionsstelle, technische Fehler im Anlegen der Naht, Inanition, bedingt sein kann. In der Casuistik von Reichel finden sich 34 Fälle, wo die Todesursache septische Peritonitis war, in 7 Fällen bestand dieselbe wahrscheinlich schon vor der Operation.

Zur Heilung des Anus praeternat. resp. einer Fistula stercoralis wurde 37 mal die Darmresection vorgenommen mit 21 Heilung, 2 mal bleibender Kothfistel, 14 Todesfällen = 37,8 Proc. Mortalität.

Wir haben aus diesen ungünstigen Resultaten Vieles gelernt und wissen jetzt eine Reihe von Fehlern zu vermeiden, die früher den Tod verursachten. Es ist ein grosses Verdienst von Madelung u. A. durch experimentelle Untersuchungen diese Fehler festgestellt zu haben, in deren Vermeidung wir, gleichzeitig mit Benützung verbesserter Tecknik, in Zukunft günstigere Resultate bestimmt erwarten dürfen. So wird man jetzt gut thun, die Darmresection bei gangränösen Hernien, unmittelbar anschliessend an die Herniotomie, zu unterlassen, und an ihrer Stelle vorerst eine Kothfistel anzulegen. Denn man hat bei diesen Resectionen sehr oft nur scheinbar gesunden Darm vor sich, der die Naht nicht verträgt und in die Bauchhöhle zurückgebracht, gangränescirt. Es ist schwer, wenn nicht unmöglich, die Grenze der durch die Incarceration gesetzten Circulationsstörungen im Darm genau zu erkennen und an diesem Fehler sind viele Kranke zu Grunde gegangen. In einem Falle von Kocher ergab die Obduction eine noch 10 cm oberhalb der Nahtstelle hinaufgehende Gangrän des zuführenden Endes, in einem Falle von Taendler sogar 6 Zoll. Die deutschen Chirurgen in ihrer grossen Mehrzahl beschränken sich jetzt bei den gangränösen Hernien auf die Anlegung einer Kothfistel, die alsdann später durch Operation zum Verschluss zu bringen gesucht wird.

Die Verhältnisse bei der späteren Darmresection liegen entschieden günstiger. Wir haben einen normalen, nicht entzündeten Darm, den wir durch Abführmittel, desinficirende Ausspülungen von seinem Inhalte befreien und so in günstigster Weise zur Operation vorbereiten können. Denn dass ein etwa stark mit Koth gefüllter Darm für die Resectionsstelle eine Reihe von Störungen schaffen kann, liegt auf der Hand.

In zweiter Linie ist es absolut nöthig, mit grösster Sicherheit das Eindringen von Koth in die Bauchhöhle während der Operation zu verhüten. Zu diesem Zwecke sind eine Reihe von Compressorien angegeben, in die die zu resecirenden Darmenden geklemmt werden. Sie sind bei einigermassen zuverlässlicher Assistenz überflüssig, ebenso wie der provisorische Verschluss derselben mittelst Ligatur bei zu starker Zusammenschnürung unter Umständen sogar gefährlich sein kann. Ein grosses und bequemes Hilfsmittel ist der nach dem Hervorziehen der zu resecirenden Darmenden vorzunehmende provisorische Verschluss der Bauchhöhle mit der Naht. Legt man noch Sublimatgazeschichten unter, so kann kein Darminhalt in die Bauchhöhle kommen. In unserem Falle, wo wir für gründlichste Reinigung des Darmes vor der Operation Sorge getragen hatten, waren die comprimirenden Finger des Assistenten vollkommen ausreichend und durchaus nicht störend.

Weiterhin ist sehr wichtig die Ablösung des Mesenteriums von dem Darm. Dasselbe darf nur bis zur Resectionsstelle, nicht über dieselbe hinaus vom Darm gelöst werden, weil sonst die Ernährung des Darms leiden und Gangrän eintreten würde. Die Experimente von Litten und Madelung beweisen diese Thatsachen in schlagender Weise. Man glaubte früher, dass die ausserordentlich günstigen Circulationsverhältnisse des Darmes Störungen auf dem Wege der Anastomosen leicht ausgleichen könnten, da man ja bei vorsichtigen Injectionsversuchen das ganze Stromgebiet der art. Mesaraica super. nachdem deren Stamm ligirt ist, von der Aorta aus bis in die feinsten Verzweigungen mit Wachs füllen kann. Litten hat gezeigt, dass die Unterbindung der Mesaraica superior beim lebenden Thier zur Necrose des Dünndarms mit Oedem und Blutung führt. Madelung trennte bei Kaninchen sowohl den Dünndarm wie Dickdarm auf 10—15 cm vom Mesenterium ab und injicirte alsdann in die V. jugularis des lebenden Thieres ca. 25 g indig. schwefelsaures Natron. Sämmtliche Gewebe und der ganze Darm färbte sich tiefblau, bis auf die Darmtheile, die vom Mesenterium gelöst waren: sie waren hellrosaroth. Das Herz hatte also nicht die Kraft, den Farbstoff durch die Gefässanastomosen hindurch zu treiben. In allen Fällen, in denen Madelung bei den Thieren den Dick- oder Dünndarm vom Mesenterium gelöst hatte, trat auch ohne jede Verletzung des Darmes Gangrän desselben ein. Auf Grund dieser experi-

mentellen Resultate, die auch von Anderen bestätigt werden, muss man annehmen, dass die Mesenterialablösung auch beim Menschen zum Mindesten eine schwere Schädigung der Darmernährung zur Folge hat, die die primäre Wundheilung sehr wesentlich alteriren kann.

Dass der menschliche Darm bisweilen auch eine Mesenterialablösung bis zu 15 cm Länge verträgt, beweist u. A. ein von Olshausen operirter Fall: ein am Mesenterium breit adhärenter Ovarialtumor erforderte die Lösung des über den Tumor verlaufenden Darms von seinem Mesenterium. Bei der Section der an septischer Peritonitis gestorbenen Kranken sah der »Darm, soweit er ohne Mesenterium war, betreffs seiner Wandungen nicht abnorm aus.« Nach Olshausen kann man unbedenklich zollbreit das Mesenterium vom Darm lösen und selbst Trennungen bis zu 10 cm kann der Darm ertragen, ohne dass mit Nothwendigkeit Grangrän auftreten muss. Für mich sind die Experimente Madelung's ausschlaggebend, und ich würde es nicht wagen, den auch nur auf kleine Strecken seines Mesenteriums beraubten Darm in die Bauchhöhle zurückzubringen. Bei der Magenresection hat man die gleichen Erfahrungen gemacht. War das Pyloruscarcinom mit dem Mesocolon verwachsen und musste letzteres durchtrennt werden, so folgte Gangrän des Quercolon, wie in den Fällen von Lauenstein und Czerny. Jedenfalls aber ist die Mesenterialablösung in all den Fällen, wo der Darm quer durchschnitten werden muss, noch viel gefährlicher als beim unverletzt gebliebenen Darm.

Von grösster Wichtigkeit ist endlich die Zusammenfügung der resecirten Darmenden mittelst der Darmnaht. Die Invaginationsmethode Jobert's ist vollkommen zu verlassen. Sie gibt die schlechtesten Resultate. Eine genügende und sichere Invagination ohne Ablösung des Mesenteriums von den einzustülpenden Darmenden ist nicht ausführbar, die Gefahren der Mesenterialablösung aber habe ich eben besprochen. Dass die Darmnaht vor allen Dingen die zur raschen Verklebung tendirenden Serosaflächen mit einander vereinigen muss, ist das Princip aller Darmnähte, von denen bis in die neueste Zeit die von Lembert angegebene am meisten benützt wurde. Von Gussenbauer und später von Czerny wurde die Nothwendigkeit betont, nicht nur die Serosaflächen an einander zu bringen, sondern auch die Wundränder mit einander zur Verklebung zu bringen. Ersterer verwandelte desshalb die Lembert'sche Naht in eine Achternaht, während Czerny diese Achternaht gewissermassen theilte und eine doppelreihige Naht anwendete. Mir will es scheinen, dass diese »Etagennaht« Czerny's die grösste Sicherheit bietet. Ich habe in unserem Falle die Naht nach Czerny angewendet, und fügte noch, wie schon Schede that, einige Schleimhautnähte hinzu. Diese Schleimhautnähte scheinen mir recht gut zu sein. Nach dem Durchschneiden des Darms zieht sich die Muscularis zurück und die Schleimhaut prolabirt, und kann sich zwischen die Serosanähte drängen; näht man aber die Schleimhaut für sich, so macht sich ihr Vor- und Hineindrängen weniger bemerklich; ausserdem fixiren solche Nähte die correspondirenden Theile und drittens geben sie an den meist gefährdeten Stellen, an dem Mesenterialansatz, noch einen mechanischen Verschluss. Wir wissen, dass gerade an der Mesenterialseite des Darmes die Gangrän am häufigsten eintritt, hier ist also besonders sorgfältiges Nähen nöthig. Man muss auch darauf achten, dass nicht durch zu starkes Ziehen an den Darmenden hier das Mesenterium und mit ihm die Serosa abgelöst wird; es bestünden sonst die hier auf einander treffenden Darmtheile nur aus Muscularis und Mucosa; eine partielle Necrose würde leicht die Folge davon sein. Es ist desshalb immer gut, vor Beginn der Darmnaht die durch die Keilexcision des Mesenteriums entstandenen Wundränder durch Nähte besonders an ihren Ansatzstellen am Darm miteinander zu vereinigen und zu fixiren, und die Darmnaht selbst an der Mesenterialseite zu beginnen.

Die von v. Nussbaum mit warmen Worten bei Darmwunden empfohlene »fortlaufende Naht«, schien eine Zeit lang den modernen Anforderungen nicht zu entsprechen; man setzte an ihre Stelle allgemein die Knopfnaht, die grössere Sicherheit und Exactheit bieten soll, wenn gleich man sich nicht verhehlen konnte, dass ihre Anlegung sehr zeitraubend ist und die Operationsdauer unter Umständen bis zu einer Stunde verlängert. In der neuesten Zeit findet der Vorschlag v. Nussbaum's aber volle Anerkennung und mehrere Chirurgen empfehlen die »fortlaufende Naht« in eindringlicher Weise auf Grund von guten Erfahrungen, die sie mit derselben gemacht haben.

Auf andere in der Neuzeit gemachte Vorschläge zur Verbesserung der Darmnaht will ich nicht eingehen, nur der »Knorpelplattennaht« Madelung' noch Erwähnung thun, der sie mir werth erscheint. Analog der »Plattennaht« bei Weichtheilwunden empfiehlt Madelung's die grössere flächenhafte Vereinigung der Serosa dadurch zu erzielen, dass man ganz dünne, gut aseptische Knorpelplatten (vom Rippenknorpel eines jungen Kalbes) verwende, statt der Bleiplatten bei Hautwunden und in derselben Weise nun damit die Plattennaht anlege. Bei 9 Thierversuchen ist vollständige Heilung gelungen.

Für alle Fälle aber ist es nöthig, dass man sich feinster Seide oder Catgut und feinster Nadeln bedient, und die Nähte in möglichst kleinen Zwischenräumen anlegt. Ob man Seide oder Catgut bevorzugt, ist persönliche Liebhaberei. Eine principielle Bevorzugung ist nicht gerechtfertigt, da aseptische Seide ebenso reactionslos einheilt, als das Catgut resorbirt wird. Ich zog Seide vor, weil sie geschmeidiger, leichter und fester zu knoten ist und in den nöthig feinen Nummern entsprechend den feinsten, mit engem Oehr versehenen Nadeln leichter zu haben ist, als Catgut.

Noch auf einen Punkt muss ich Sie aufmerksam machen, das ist auf die durch die Naht entstehende Stenose des Darms. Es ist einleuchtend, dass durch das Aufeinanderlegen breiter Serosaflächen eine Einstülpung des Darms und damit ein circulär in das Darmlumen hineinragender Wulst entsteht. Derselbe könnte durch nachfolgende Schwellung eine Stenose verursachen, wie es in einem Falle von Roser thatsächlich geschah. Man muss also bei der Naht darauf achten, nicht allzu breite Serosaflächen an einander zu nähen, und sollten sich Stenosenerscheinungen zeigen, so müsste man die Bauch- und Darmwunde wieder öffnen. Zur Verhütung eintretender Stenose wird nach einem Vorschlag von Neuber auf der Esmarch'schen Klinik, die Naht über ein in das Darmlumen eingeführtes decalcinirtes Knochenrohr angelegt, das nach 4—5 Tagen durch Maceration aufgelöst wird. Nach einiger Zeit schwindet dieser Ringwulst vollständig, so dass er kein dauerndes Hinderniss abgeben kann, wie eine Reihe von Obductionen zeigen.

Ueber die Verwendung von Epidermistransplantationen bei den plastischen Operationen an den Lidern und an der Conjunctiva.

Von Prof. Dr. *O. Eversbusch* in Erlangen.

(Schluss.)

Ich habe in der Aufschrift dieses Beitrages die Bezeichnung »Epidermis - Transplantation« gebraucht. Um Missverständnissen vorzubeugen, muss ich bemerken, dass sich das von mir so genannte Verfahren nicht deckt mit Dem, was unter dieser Nomenclatur in der Literatur beschrieben worden ist. Während ich Stücke benütze, die neben dem Stratum corneum und dem Stratum lucidum auch einen Theil des Rete Malphigii enthalten (es wird die glatte Lage des Rete und die den Papillenspitzen ent-

sprechende entfernt, dagegen bleibt das in den »Papillenthälern« gelegene Rete-Stratum sammt dem grösseren Theile der Hautpapillen zurück) haben Marc See und Fides bei ihren Transplantations-Versuchen die Epidermis im engeren Sinne (ohne das darunter gelegene Rete Malphigii) verwerthet. Das Gleiche gilt von den Experimenten Macdeold's und Jacenko's, welche ihre These, dass die Ueberkleidung von Granulations-Gewebe schon durch isolirte, aus ihrem natürlichen Zusammenhange gelöste Zellen ermöglicht sei, zu begründen versuchten durch die Benützung des flüssigen Inhaltes von Vesicator-Blasen.

Bei der Reverdin'schen Methode, die auch in einzelnen Lehrbüchern irriger Weise als Epidermis-Transplantation figurirt, hinwiederum kommt Epidermis κατ' ἐξοχήν, Rete Malphigii und Papillarkörper ohne subcutanes Bindegewebe zur Verwendung. Analog verhält es sich mit der Thiersch'schen Methode, soweit es sich um die histologische Zusammensetzung des Implantations-Materiales handelt, nur dass bei derselben zu den genannten Bestandtheilen des Reverdin'schen Verfahrens noch die glatte Lage des Stroma's hinzukommt.

Während also die von mir beschriebene Methode hinsichtlich der mikroskopischen Bestandtheile des zur Verwendung kommenden Gewebes eine eigenartige ist, ist dagegen der Versuch, die Blepharoplastiken durch Aufsetzung zahlreicher kleiner nach Reverdin'scher Vorschrift gewonnener Fragmente zu bewirken, schon von Driver und de Wecker in Paris ausgeführt worden. Während aber Ersterer in den Defect die betreffenden (etwa linsengrossen) Hautstückchen in kleinen Zwischenräumen legte, vollführte de W. seine Greffe dermique en mosaique in der Weise, dass er den zu schliessenden Substanzverlust so vollständig wie möglich mit $1/2$—1 qcm grossen Hautlappen deckte.

Diese letztere Methode ist bei uns sodann vornehmlich durch Stellwag in Wien cultivirt worden.

Bei der Abwägung der Vorzüge der Eingangs geschilderten Methode gegenüber den bisher gebräuchlichen Arten der Ersetzung von verloren gegangener oder pathologisch veränderter Lidhaut möchte ich zuvörderst erklären, dass ich keineswegs gemeint bin, die bis vor ca 10—15 Jahren durchweg benutzte Methode der Blepharoplastik: (Deckung aus der Nachbarschaft mit gestielten Lappen) gänzlich verdrängen zu wollen; und das um so weniger, als jede einseitige Formulirung einer neuen Indication die Gefahr in sich trägt, dass der betreffende Vorschlag von gewiegten Fachmännern von vornherein einer ernstlichen Erwägung nicht gewürdigt wird.

So ist die Blepharoplastik durch gestielte Lappen aus der Nachbarschaft hors de concours in allen denjenigen Fällen, in welchen das ganze Lid-Areal sammt den Rändern zerstört ist, beziehungsweise entfernt werden muss. Während ich ferner der Meinung bin, dass in den Fällen, in welchen die Lidränder noch erhalten sind, und auch das Hautgewebe der dem Auge benachbart gelegenen Partien normal ist und der Herbeiziehung zur Deckung des Liddefectes keine Schwierigkeiten bereitet, je nach der Lage und Grösse der zu ersetzenden Lidpartie, bald die Blepharoplastik mit gestielten Lappen aus der Umgebung, bald die Epidermistransplantation en mosaique sich als zweckmässiger erweisen wird, scheint mir hinwiederum die letztere Ersatzmethode ausnahmslos indicirt für die Fälle, in welchen sich die Verpflanzung grosser stielloser Lappen als einzige Möglichkeit einer gänzlichen oder theilweisen Restitutio ad integr. bewährt hat (vorzugsweise also bei narbiger Degeneration der Haut der Schläfen- etc. Gegenden, bei cariösen Processen an der Orbital-Umrandung u. s. w.).

Ferner möchte sie empfehlen als Theiloperation zur Verhütung eines Symblepharon für die Fälle, in welchen nicht nur die Bedeckungen des Auges zerstört sind, sondern auch die Conjunctiva bulbi derart krankhaft verändert ist, dass ihre Entfernung in grösserer Ausdehnung speciell in den den Lid-Innenflächen gegenüberstehenden Theilen geboten ist.

Thiersch machte auf den Vorschlag von Plessing (vergl. loc. cit.) mit Erfolg den Versuch, einen zum Ersatz der Oberlippe bestimmten, aus der Schläfenhaut geschnittenen grossen gestielten Lappen vor seinem Einsetzen in loco auf der Wundseite durch Hautverpflanzungen zu überhäuten. Gleichzeitig wurde die Defectwunde der Schläfenhaut erfolgreich durch Hautstückchen geschlossen.

Kurze Zeit nach der Operation des mit Lupus exfoliativus behafteten Kranken trat in unsere Klinik ein Patient mit einem Carcinom der Lider des linken Auges ein. Das untere Lid war bis zum Infraorbitalrand in seiner ganzen Breite vollkommen zerstört und auch das temporale Drittel des Oberlides war in allen Schichten carcinomatös infiltrirt. Ausserdem hatte der Process auch die Conjunctiva bulbi in ihren abhängigen und in den der temporalen Lid-Commissur entsprechenden Theilen ergriffen.

Eine einfache Blepharoplastik durch Benutzung der Haut der Nachbarschaft würde nur einen mittelmässigen Erfolg zu verzeichnen gehabt haben. Denn, da ich auch die sclerale Bindehaut unten und temporal in grosser Ausdehnung wegnehmen musste, so wäre eine Verklebung der Wundfläche der transplantirten Hautlappen mit der der Conjunctiva beraubten Sclerotica unvermeidlich gewesen. Abgesehen davon hätte aber auch eine Actionsbeschränkung der äusseren Augenmusculatur und damit eine störende Diplopie mit in den Kauf genommen werden müssen.

Ich verfuhr daher, um die Entstehung eines Symblepharon zu verhüten, in folgender Weise:

Ich präparirte aus der linken Schläfenstirnregion einen breiten nach oben in eine Doppelzunge auslaufenden Hautlappen (die eine längere Zunge für das untere Lid, die andere kürzere und breitere für den Ersatz des temporalen Abschnittes des Oberlides) und bedeckte sowohl die Defectwunde der Schläfen- und Stirnhaut als auch die Wundseite des mit der anstossenden Wangenhaut unten mit breiter Basis zusammenhängenden Hautlappens mit Epidermisläppchen in der Art, wie ich oben angegeben. Auch hier ordnete ich aller Orten die überpflanzten Läppchen dachziegelartig an und liess die die Randtheile bedeckenden Stückchen über die Wundränder in ziemlich grosser Ausdehnung übergreifen. Nach vollkommener Ueberpflasterung schlug ich sodann den zur späteren Deckung der Lider bestimmten Doppellappen in die Höhe, legte zwischen ihn und seinen ehemaligen Standort eine Lage Silk und verfuhr im Uebrigen in gleicher Weise wie bei dem an Lupus erkrankten Patienten.

Der Transplantationserfolg war ein vollkommen befriedigender. Die Defectwunde sowohl als auch die Wundseite des Hautlappens waren gleichmässig schön überhäutet und der letztere in seinem kürzeren Zungentheile gar nicht, in seinem längeren nur sehr wenig geschrumpft. Vier Wochen später schritt ich zur Entfernung des Carcinoms und brachte den Doppellappen, ihn an den zur Vernähung kommenden Stellen anfrischend, an seinen neuen Standort. Ich liess ihn dabei im Zusammenhang mit der Wangenhaut. Um indessen eine Circulationsstörung durch eine zu starke Drehung des Stieles zu vermeiden, verlängerte ich seine Basis, dieselbe von dem Unterhautzellgewebe abpräparirend, noch um 2—3 cm nach abwärts. Der Erfolg war ein befriedigender, indem sich die der Conjunctiva beraubten vorderen Scleralabschnitte unten und aussen aller Orten mit Epithel bekleideten, ohne dass an irgend einer Stelle eine Verwachsung mit der die Conjunctiva palpebralis darstellenden überhäuteten Wundfläche des Doppellappens erfolgt wäre.

Um die casuistischen Mittheilungen abzuschliessen, will ich endlich erwähnen, dass ich die Epidermistransplantation mit gleich günstigem Erfolge noch geübt habe in einem Falle von Ulcus rodens des unteren Lides, sowie in einem Falle von Distichiasis des oberen Lides, welche sich an ein chronisches Trachom angeschlossen hatte und mit einer leichten Verkrümmung des Tarsus vergesellschaftet war. Bei der betreffenden Patientin war schon die Operation von Hotz und darnach mehrmals die Zerstörung der pervers gestellten Cilien mit dem Galvanocauter versucht worden, indessen ohne dauernden Erfolg. Ich machte an beiden Lidern die Transplantation des Cilienbodens nach der von v. Arlt modificirten Säsche'schen Methode und bedeckte zum Schluss die klaffende Intermarginalwunde (in ähnlicher Weise wie das mit den bei dieser Encheirese zur Excision gelangenden Hautstreifen schon von Waldhauer geschehen ist) mit feinen haarlosen Epidermisstückchen. Alle heilten per primam reunion. an und blieb die Patientin bis jetzt (c. 4 Monate p. o.) von einem Recidive frei.

Es erübrigt nur noch, mit einigen Worten näher einzugehen auf die Vorzüge, welche mir das beschriebene Transplantationsverfahren sowohl vor der Transplantation grosser stielloser Hautlappen, als auch vor der Reverdin'schen Greffe en mosaique (de Wecker, Stellwag) darzubieten scheint.

Für die Zweckmässigkeit der Epidermis-Transplantation in der von mir geschilderten Art spricht vor Allem die Thatsache, dass bei der Beantwortung der Frage, welcher Abschnitt der implantirten Hautfragmente der bedeutungsvollste sei für die Erzielung einer neuen Hautdecke, fast alle Untersucher dem Rete Malphigii die wichtigste Rolle zuerkennen. Auch die Experimente von Heller und Klebs über die Epidermisirung von Flächenwunden zeigten, dass die Ueberhäutung der Narben im Wesentlichen, ja am Ende ganz allein vom Rete Malphigii besorgt wird. Andererseits kann es keinem Zweifel unterliegen, dass die definitive Fixirung der transplantirten Hautfragmente eine um so sicherere sein, sich um so schneller vollziehen wird, je rascher der werthvollste Theil des transplantirten Materiales, eben die Reteschichten, in eine innige Ernährungsbeziehung gelangen zu der unterliegenden Wundfläche durch die Herstellung der sogenannten plasmatischen Circulation und durch den von Thiersch erwiesenen Process der Inosculation.

Je unmittelbarer also die Reteschichten der Wundfläche aufliegen, und je kleiner der Gesammtquerschnitt der Gefässe der Haut ist, welche mit denen der Wundfläche in Verbindung treten sollen, (beide Voraussetzungen treffen bei dem von mir benutzten Materiale, das neben Stratum corneum lucidum nur die Papillenspitzen, die glatte und die den Papillenspitzen entsprechende Lagen des Rete enthält, ja vollkommen zu), desto schneller und ergiebiger wird sich in den Reteschichten die plasmatische Circulation entwickeln, und in gleich schneller Weise wird auch die für die definitive Agglutination wichtige Herstellung einer Verbindung zwischen den Gefässen der Wundfläche und denen der Papillenspitzen durch den Process der Inosculation stattfinden können.

Die Richtigkeit dieser Ueberlegung wird übrigens auch bestätigt durch die klinische Erfahrung. Denn von den genau nach der im ersten Theil dieser Mittheilung dargelegten Vorschrift gewonnenen und eingepflanzten Epidermis-Läppchen habe ich in keinem Falle auch nur ein einziges absterben sehen; und es kamen unter Anderem in dem Falle von Lupus exfoliativus doch mindestens einige 60—70 Epidermis-Stückchen zur Verpflanzung. Ich bin übrigens geneigt, diesen günstigen Erfolg zum Theil auch auf die dachziegelförmige Anordnung des Transplantations-Materiales und die damit ermöglichte lückenlose Deckung der Wundfläche zu beziehen.

Auch die anderen Manipulationen, die sorgfältige Ausbreitung der Läppchen und das Andrücken derselben an die Wundfläche, werden der primären Agglutination nur förderlich sein können. Sicherlich spielen in dieser Beziehung auch eine Rolle die Glattheit der Epidermis-Wundfläche und die Vermeidung einer stärkeren Quetschung der Läppchen. Die drei letztgenannten Momente allein lassen, abgesehen von anderen Vorzügen, die Blepharoplastik mittels Epidermis-Transplantation werthvoller und zweckmässiger erscheinen, als die mittels grosser stielloser Lappen.

Selbst bei noch so delicater Behandlung der letzteren sind bei der an die Excision sich anschliessenden Entfernung von Fettgewebe und des subcutanen Bindegewebes — die wohl nicht gut anders als mit einer gebogenen Scheere bewerkstelligt werden kann — Zerrungen und Quetschungen des Hautlappens unvermeidlich. Eine glatte Wundfläche, die bei den Epidermis-Läppchen, wenn anders die betreffende Hautpartie genügend straff angespannt wird, bei schneller Messerführung mit Leichtigkeit gewonnen wird, wird bei dieser Präparationsmethode aber ebenso wenig erzielt werden können. Der Schwierigkeit, um nicht zu sagen, der Unmöglichkeit, grosse stiellose Lappen an den Lidern so zu lagern, dass sie sich den Unebenheiten derselben überall auf das Genaueste anschmiegen, habe ich schon oben gedacht. Dieser für die definitive Anheilung schwer in's Gewicht fallende Uebelstand war ja auch für de Wecker und Stellwag der Hauptgrund, statt eines grösseren Lappens einzelne kleinere Hautstückchen zu transplantiren. Es lässt sich nicht leugnen, dass das ein bedeutsamer Fortschritt in der Technik der Transplantationen war.

Der dadurch verbesserten Adaptation ist es in erster Linie zuzuschreiben, wenn die auf diese Weise operirten Fälle im Ganzen von einem erheblich besseren Endresultate gefolgt gewesen sind, als die Versuche der Verpflanzung grosser Lappen.

Aber so wie diese kleineren Lappen gewonnen werden — durch Theilung eines grossen Lappens in mehrere kleinere —, sind auch sie nicht ganz frei von den Mängeln der mit dem Abpräpariren und Zurechtschneiden verbundenen Zerrung, Quetschung und Unebenheit der Wundfläche. Auch bei dieser verbesserten Methode sind wegen der desshalb ebenfalls nicht absolut vollkommenen Adaptation und weiterhin wegen des Umstandes, dass eine lückenlose Deckung des Substanzverlustes auch bei ihr nicht möglich ist, somit die Gelegenheit zur Secretion von der Wundfläche gegeben ist, welche noch nachträglich eine Lockerung und Abstossung des anfänglich haftenden Materiales von der Unterlage bewirken kann, doch relativ viel Miss- oder Theilerfolge zu verzeichnen gewesen. Diese Unannehmlickkeiten fallen bei einer kunstgerecht ausgeführten Epidermistransplantation vollkommen hinweg. Denn die dünnen Transplantationsfragmente lassen sich an allen Punkten der Unterlage innigst andrücken und damit ist um so mehr eine Secretion von der Wundfläche ausgeschlossen, als durch die dachziegelförmige Anordnung der Transplantationsstückchen die Wundfläche in toto bis auf den allerkleinsten Raum von einer abschliessenden Decke überzogen wird. Die hierdurch bewirkte völlige primäre Verschliessung des Wundterrains und die Ausschaltung einer auch nur theilweisen, während der Heilung stattfindenden Exfoliation der überpflanzten Deckstücke beeinflussen auch die später eintretende Flächenreduction der neugebildeten Hautparthien, wie ich mich an den bisher operirten Fällen noch nach längerer Zeit überzeugen konnte, insofern äusserst günstig, als dieselbe nur eine äusserst geringfügige war.

Diese nachträgliche Schrumpfung wurde aber in nicht unbedeutendem Maasse sowohl bei der Greffe dermique en mosaique, als auch in noch bei Weitem höheren, gelegentlich geradezu excessivem Grade bei der Transplantation grosser stielloser Lappen beobachtet. Ueber die Bedeutung einer solchen stärkeren Terrainverkleinerung für die Wiederkehr einer ante oper. bestandenen Auswärtsstellung der Lider beziehungsweise für die secundäre

Entstehung einer solchen brauche ich mich nicht weiter auszusprechen.

Schliesslich gereicht der Epidermistransplantation auch die Thatsache zur Empfehlung, dass die Wunden, welche an dem Bezugsorte der zur Verpflanzung bestimmten Stückchen entstehen, entsprechend ihrer oberflächlichen Lage und in Folge des Zurückbleibens des in den Papillenthälern gelegenen Stratum des Rete Malphigii heilen, ohne eigentliche Narben zu hinterlassen. Es fällt dieser Umstand allerdings nicht cardinaliter ins Gewicht, verdient indessen als glückliche Nebeneigenschaft der Methode nicht unerwähnt zu bleiben.

Rückblick auf die im Jahre 1884 u. 1885 zu München herrschenden Krankheiten.

Von Prof. Dr. *Franz Seitz.*

(Fortsetzung.)

Pneumonien kamen im Jahre 1884 22,12 männlichen, 10 weiblichen, im Jahre 1885 29,21 männlichen, 8 weiblichen Geschlechts in poliklinische Behandlung. Sie gehörten alle mit Ausnahme eines einzigen Falles, der ein 1 1/4 jähriges Knäbchen betraf, das einer katarrhalischen Bronchopneumonie erlag, der croupösen Form der Krankheit an. Unsere schon im letzten Berichte über die hier herrschenden Krankheiten in diesen Blättern ausgesprochene Ansicht, dass die Pneumonia crouposa zu den zymotischen Krankheiten gehöre, fanden wir bei fortgesetzter Beobachtung des Vorkommens derselben in den letzten zwei Jahren bestätigt. Es hat sich durchaus keine Beziehung des Auftretens der Pneumonia crouposa zur Lufttemperatur auffinden lassen. In beiden Jahren trafen auf die Wintermonate Januar, Februar und März nur eine geringe Zahl von Fällen derselben, im Jahre 1884 5, im Jahre 1885 nur 4, während die höchste Zahl von 8 Fällen im Monat August des letztgenannten Jahres zur Behandlung kam. Mein Sohn hat in der obengenannten Abhandlung als Ergebniss seiner statistischen Zusammenstellung von 5905 Fällen von Pneumonie, welche in den Jahren 1864 bis 83 in den Münchener öffentlichen Heilanstalten beobachtet worden sind, mitgetheilt, dass in den 20 Jahren nur zweimal Coincidenz der tiefsten Temperatur und grössten Pneumonieziffer bestand, sonst lagen immer mehrere (achtmal 4 und mehr) Monate dazwischen. Ein ähnliches negatives Verhältniss erhielt er auch durch die Vergleichung von Pneumoniefrequenz und Luftdruck. Dagegen zeigten sich, wie dies Keller für Tübingen nachgewiesen hat (Jürgensen, die croupöse Pneumonie, Tübingen 1883) hier Beziehungen der Pneumoniefrequenz zu den atmosphärischen Niederschlägen. Es coincidirten in verschiedenen Jahren geringe Niederschlagsmengen mit Pneumoniemaximum, in anderen reichliche Niederschläge mit geringer Pneumoniemorbilität. Auch zeigte sich die auffallende Thatsache, dass die 20 Jahre hindurch mit dem Steigen des Grundwassers die Pneumoniefrequenz sank und dass Jahre mit abnorm hohem Grundwasserstand niedere Pneumonieziffern aufwiesen. Es scheint demnach, dass Pneumoniefrequenz und Bodenfeuchtigkeit in entgegengesetztem Verhältniss zu einander stehen — mit anderen Worten geringe Bodenfeuchtigkeit der Entwicklung des organisirten Pneumoniekeimes förderlich ist. Dr. Haupt in Grossostheim hat auf Grund seiner sehr sorgfältigen fünfjährigen, mit steter Rücksicht auf die Pneumonie angestellten meteorologischen Beobachtungen in seiner Gegend die Thatsache bestätigt, dass Grundwasserstand und Pneumoniefrequenz in umgekehrtem Verhältniss zu einander stehen. Derselbe hat deutliche Beziehungen der Pneumonie zur Oertlichkeit bei ihrem endemischen und epidemischen Vorkommen beobachtet. Nach ihm bevorzugt sie gewisse Ortstheile, ja selbst Häusergruppen und einzelne Häuser, man kann nicht selten ihre Wanderung von Dorf zu Dorf, von Strasse zu Strasse, von Haus zu Haus verfolgen. (Aerztl. Intell.-Bl. Jahrzg. 1885 Nr. 1 S. 5). Haupt hält es für wahrscheinlich, dass der Pneumonie ein Miasma zu Grunde liegt. Schüttelfrost, Hitzestadium, kritischen Schweiss hat sie mit der Malaria gemeinsam. Eine grosse Zahl von Autoren hat sich in den während der letzten beiden Jahre über Pneumonie in Deutschland, England, Frankreich, Italien und Russland veröffentlichten Abhandlungen für die infectiöse Natur der Krankheit ausgesprochen. Die Ansicht, dass bei der Entstehung der Pneumonia crouposa Mikrococcen eine active Rolle spielen, hat viele Anhänger gewonnen. Mehreren derselben ist es gelungen, die in Fällen von Pneumonie nach dem Tode in der Lunge gefundenen Coccen auf Thiere: Mäuse, Ratten, Meerschweinchen und Hunde mit positivem Erfolge zu übertragen. Von solch gelungenen Impfungen von den mit den Friedländer'schen übereinstimmenden Pneumoniecoccen haben R. Emmerich (Die Auffindung von Pneumoniecoccen in der Zwischendeckenfüllung siechhafter Wohnräume. Deutsche medicinische Wochenschrift 1884 Nr. 12); R. Maguire (The micrococci of Pneumonia. The Brit. med. Journ. 1884 6 Decbr.); S. Pawlowsky (Ueber das Vorhandensein der Pneumoniecoccen in der Luft. Berliner klinische Wochenschr. 1885 Nr. 22 S. 345) berichtet. Letzerer fand bei Luftuntersuchung nach der Koch-Hesse'schen Methode im pathologisch anatomischen Laboratorium des Prof. Iwanowsky in St. Petersburg, während sich gleichzeitig unter den Dienern des Gebäudes Pneumonieerkrankungen zeigten, auf einer der Glasplatten Diplococcen, welche biologisch und mikroskopisch den Friedländer'schen durchaus ähnlich waren. Die Injection der Reinculturen erzeugte bei 2 Ratten tödtliche Pneumonie: auch 2 Kaninchen, 1 Meerschweinchen, und 3 Hunde erkrankten nach Injection an dieser Krankheit. Senger hat in 65 Fällen fibrinöser Pneumonie die Friedländer'schen Coccen constant gefunden und zwar bei den Complicationen dieser Krankheit mit Endocarditis, Meningitis, Nephritis auch in diesen secundär erkrankten Organen, in welchen die eingewanderten Mikroorganismen neue Krankheitsherde, sonst als Metastasen bezeichnet, gründeten. (Untersuchungen über die Pneumonie und die bei dieser Krankheit acut auftretenden Complicationen. Breslauer ärztliche Zeitschrift 1885 Nr. 14.) Der erkannten parasitären Natur der Krankheit entsprechend wurden parasiticide Mittel zur Behandlung derselben von einigen Autoren in Vorschlag gebracht, so von P. Pucci (Trattamento della pneumonite fibrinosa. Il Morgagni 1884 Novembre. Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte in der gesammten Medicin XX. Jahrg. II. Bd. 1. Abthlg. S. 156.) die Carbolsäure in den exorbitanten Dosen von 0,3—0,5 innerlich gegeben, zu denen sich wohl deutsche Aerzte nicht entschliessen werden. R. Lépine empfiehlt intraparenchymatöse Sublimatinjectionen (1:40000) in der croupösen Pneumonie. Er macht dieselben am 3 oder 4. Tag in die hepatisirten Partien an mehreren Stellen in der Peripherie des erkrankten Lungentheiles mit einer Capillarnadel im Ganzen bis zu 20—25 Ccm der Lösung. Er will nie nachtheilige Erscheinungen nach den Injectionen, nur nach zwei Stunden eine vorübergehende Temperatursteigerung gesehen, vielmehr stets eine sofortige Abnahme der Crepitation, am nächsten Tage eine wesentliche Besserung des Allgemeinbefindens, rasches Aufhören des Fiebers und nach einigen Tagen vollständige Resolution an der Stelle, um welche herum die Injectionen gemacht waren, beobachtet haben. Er hat bei der Behandlung keinen Kranken verloren. (Sur le traitement local de la pneumonie fibrineuse par les injections-intra-parenchymateuses. Compt. rend. tome 101 Nr. 11, p. 446.) Nachdem es den Chirurgen gelungen, bei Krankheiten innerer Organe so des Magens durch tiefe Einschnitte in dieselben locale Hilfe zu bringen, werden wohl öfter auch innere Aerzte den Versuch machen, auf dem Weg der Injection Mittel direct auf das erkrankte innere Organ zu appliciren. Wenn auch die Erfahrungen von der Heilung der Verwundungen der Lungen die Einführung von Capillarnadeln in die Peripherie derselben als nicht besonders gefährlich erscheinen lassen, so können wir uns doch von so schwachen Sublimatlösungen 1:40000, wie sie Lépine empfiehlt, keine sichere den Mikrococcen verderbliche Wirkung erwarten. Unter der in unserm letzten Bericht besprochenen expectativen Behandlung mit örtlicher Anwendung der Kälte und der inneren Darreichung des Chinins, des Liquor Ammonii anisatus und des Camphers nahmen von den 50 Fällen von Pneumonia crouposa 3 tödtlichen Ausgang, 1 im 59. Jahre, 2 im Alter über 70 Jahre.

Die Erkrankungen des Darmcanals: Katarrh, Diarrhoe und Entzündung haben wie immer unter allen Krankheiten die grösste Zahl von Todesfällen geliefert: 1884 1112, 614 männlichen, 498 weiblichen, 1887 1127, 599 männlichen und 528 weiblichen Geschlechtes. Doch blieben diese Zahlen hinter denen früherer Jahre, so des vorausgehenden 1883 mit 1189, des Jahres 1880 mit 1455 und des Jahres 1879 mit 1468 Sterbefällen zurück. Wie immer trafen dieselben auf das kindliche Alter, so sämmtliche im Jahre 1884 auf die ersten 4 Jahre des Lebens, ebenso im Jahre 1885 mit Ausnahme eines im 5. Lebensjahre verstorbenen Knaben. Wie immer ereigneten sich diese Todesfälle in viel grösserer Zahl in den Sommermonaten als in der kalten Jahreszeit. So trafen im Jahre 1884 die meisten 195 auf den August, der auch mehr als alle anderen Monate Sterbefälle an Brechdurchfall 15 von 56 für das ganze Jahr aufwies. Nach ihm kam der Juli mit 162 Todesfällen und 13 an Brechdurchfall. Die dritte Stelle nahm der September mit 122 Todesfällen und 7 an Brechdurchfall ein. Die geringsten Ziffern wiesen der Februar 45, der Januar 46 und der December 50 auf. Auch im Jahre 1885 trafen die meisten Sterbefälle an Darmkatarrh 212 und Brechdurchfall 21 auf den August, ihm folgten der Juli mit 204 an Darmkatarrh und 20 an Brechdurchfall und der September mit 118 an ersterer und 10 an letzterer Krankheit. Die geringsten Ziffern wiesen wieder genau in derselben Reihenfolge wie im vorhergegangenen Jahre Februar 37, Januar 45 und December 48 auf. In gleicher Weise vertheilten sich die von uns behandelten Magendarmkatarrhe im Jahre 1884 744, im Jahre 1885 807 meist auf die Sommermonate. So trafen von den acuten Fällen die meisten im Jahre 1884 auf den August 81, Juli 77 und October 53, im Jahre 1885 die meisten auf den Juni 81, den August 78 und den Juli 77. Die geringsten Ziffern wiesen im Jahre 1884 der November 21 und der Februar und März je 23, im Jahre 1885 der December 28, der Januar und November je 34 auf.

Der Rheumatismus nahm auch in den beiden letztverflossenen Jahren nach der Häufigkeit seines Vorkommens unter den acuten Krankheitsprocessen die nächste Stelle nach den Katarrhen der Digestions- und Respirationsorgane ein. Wir zählten in der Poliklinik im Jahre 1884 569 Fälle, darunter 132, 81 männliche und 51 weibliche mit Gelenkrheumatismus, die von mehr oder weniger intensivem Fieber begleitet waren und im Jahre 1885 626, darunter 146, 89 männliche und 57 weibliche mit acutem fieberhaften Gelenkrheumatismus. Die übrigen gehörten der ohne Fieber und Gelenkschmerz verlaufenden torpiden Form an, die vorwiegend in den Muskeln und Sehnen sich localisirt. Dass Erkältung nicht die Krankheitsursache des Rheumatismus ist, zeigte auch im heurigen Jahre die Vertheilung der von uns behandelten Fälle desselben auf die einzelnen Monate. Wieder traf wie in den vorausgegangenen letzten 5 Jahren von 1879—1883 inclus. im Jahre 1884 die höchste Ziffer derselben 62 auf den Monat Juli. Im Jahre 1885 aber nahm dieser Monat mit 55 Fällen die zweite Stelle hinter dem Monat März mit 59 ein. Dr. Brand, nun praktischer Arzt zu Rothenbuch im Spessart, früher Coassistent in der medicinischen Poliklinik, hat für seine 1886 erschienene Dissertation: »Ein Beitrag zur Aetiologie des Gelenkrheumatismus« 330 Fälle mit acutem fieberhaften Gelenkrheumatismus in der medicinischen Poliklinik während der Jahre 1875—1884 behandelte Fälle aus den Jahrbüchern derselben zusammengestellt und bezüglich ihrer Vertheilung auf die einzelnen Monate folgende Reihenfolge gefunden.

Voran steht der Juli mit 39 Fällen, an ihn reihen sich

der	Mai	mit	37	Fällen	der	März	mit	26 Fällen
„	Januar	„	33	„	„	October	„	25 „
„	Juni	„	31	„	„	Februar	„	19 „
„	April	„	30	„	„	November	„	19 „
„	August	„	30	„	„	September	„	14 „
„	Dezember	„	27	„				

Die Vergleichung der Häufigkeit des acuten Gelenkrheumatismus mit den gleichzeitigen Temperatur- und Luftdruckverhältnissen hat ihm keinen nachweisbaren Zusammenhang gegeben. Wie Dr. Edlefsen, Professor in Kiel (Verhandlung des Congresses für innere Medicin vom 8.—11. April 1885 S. 323) in dem Vortrag, bei dem Congresse für innere Medicin in Wiesbaden im April 1885 über Statistik und Aetiologie des Gelenkrheumatismus einen Zusammenhang der Niederschläge mit den Erkrankungen an Polyarthritis für Kiel erwiesen hat, in der Weise, dass die Zahl der Erkrankungen mit der Zunahme derselben sinkt und mit ihrer Abnahme steigt, so ging auch hier zeitlich der grössten Summe der in der Poliklinik in einem Monat beobachteten Fälle dieser Krankheit der tiefste Grundwasserstand voraus. Geh. Rath von Ziemssen hat in dem zweiten Band der Annalen der städtischen allgemeinen Krankenhäuser in München: Statistisches über die Morbiditäts- und Mortalitäts-Verhältnisse von Typhus, Pneumonie, Pleuritis, Bronchitis, Rheumatismus art. acut. und Phthisis pulmonum gestützt auf das grosse Material von 2937 Fällen von während der Jahre 1865—1879 in denselben mit Polyarthritis acuta und chronica behandelten Fällen die Verbreitung der Krankheit nach den Stadtbezirken erforscht. Es zeigte das linke Isarufer die zahlreichsten Vorkommnisse im I. und IV. Bezirk, dem Centrum der Stadt. Unsere poliklinischen Kranken vertheilten sich in grosser Zahl auf 18 Strassen, von denen die Sendlingerstrasse mit 11,4 Proc., das Thal mit 5 Proc. und der obere Anger mit 7,8 Proc. diesem Centrum angehören. Zahlreiche Fälle der Krankheit kamen auch aus Strassen, die nahe der Isar, oder an Canälen liegen: aus der Auen-, Geyer-, Ickstadt- und Klenzestrasse, einem Stadttheil, in dem wir ein verbreitetes Vorkommen der Diphtherie und grössere Sterblichkeit an derselben im Jahre 1880 beobachtet haben. (Die Krankheiten zu München in den Jahren 1880 und 1881 Aerztliches Intelligenzblatt Jahrgang 1883 S. 79.) Bei der Zusammenstellung des Vorkommens des Rheumatismus in den Haupt- und Nebengebäuden und den einzelnen Stockwerken derselben bei den im Spital behandelten Kranken, fiel die hohe Zahl aus dem 1. Stockwerke der Nebengebäude auf. Auch unsere Kranken wohnten in grösster Zahl im 1. Stockwerk von Neben- d. i. Hintergebäuden. Wir suchen eine Erklärung dieser auffallenden Thatsache in dem Umstande, dass diese Hintergebäude, die wegen des geringen Miethpreises meist von Arbeitern und armen Leuten, die im Falle der Erkrankung Hilfe im Spital oder in der Poliklinik suchen, bewohnt werden, grösstentheils nur ein Stockwerk haben. Diese Neben- oder Rückgebäude sind von den hohen mehrstöckigen Vorder- oder Hauptgebäuden meist durch schmale Höfe getrennt, die mit Unrath angefüllt sind, und entbehren des Sonnenlichtes und freier Luftbewegung. Edlefsen hat das Vorkommen der Erkrankungen in solchen Localitäten zu Kiel betont. Auch hier haben wir in solchen Localitäten das Auftreten mehrerer Fälle in kurzer Zeit nach einander beobachtet, so in einem in der Geyerstrasse gelegenen Hause 7 Fälle in kurzen Zwischenräumen.

Bei der Vergleichung des zeitlichen Vorkommens in den mehr von dieser Krankheit heimgesuchten Strassen ergab sich die Thatsache, dass während der 10 Jahre der Gelenkrheumatismus in denselben nur eine gewisse Zeit des Jahres hindurch gehäuft aufgetreten ist, so in der Sendlingerstrasse vom November bis Februar, im Thal vom December bis März, in der Thalkirchnerstrasse vom Mai bis August, in der Auenstrasse vom Juni bis August inclusive. So kamen im Frühjahr 1885 gehäufte Fälle von Gelenkrheumatismus aus der Max II Kaserne mehrere Wochen hindurch in das nahe Militärspital zur Behandlung. Einzelne Häuser scheinen besonders für die Krankheit disponirt zu sein, so dass Personen, die bisher von derselben verschont geblieben waren, bald nachdem sie in dieselben gezogen, von Rheumatismus befallen werden. Brand hat während seiner Dienstzeit als einjährig freiwilliger Arzt im hiesigen Militärspital, wo damals viele Kranke mit Rheumatismus und besonders aus der obengenannten Kaserne lagen, auch einen Gendarm beobachtet, der früher gesund, im Jahre 1880 an Gelenkrheumatismus erkrankt war, der bis zum April 1885 drei Recidive machte. Mit ihm waren nach seiner Angabe 4 andere Gendarmen nacheinander in demselben Locale stationirt, die alle vom Gelenkrheumatismus befallen wurden. Nach dem Versetzen derselben in einen anderen Bezirk blieben sie von neuen Anfällen der Krankheit verschont.

Sprechen unsere Erfahrungen von dem örtlichen und zeitlichen Auftreten des Rheumatismus für eine locale Begründung desselben, wie sie andern zymotischen Krankheiten zukömmt, so lässt sich bei der Betrachtung seines Verlaufes und seiner Erscheinungen wohl nicht verkennen, dass er seine Entstehung einem parasitischen Mikroorganismus verdankt. In dieser in unserem Bericht über die 1882 und 1883 hier herrschenden Krankheiten bereits ausgesprochenen Ueberzeugung sind wir bei fortgesetzter Beobachtung desselben bestärkt worden. Klebs hat schon im Jahre 1875 (in dem Archiv für experim. Pathologie Bd. IV S. 409) und drei Jahre später Köster (Virchow's Archiv 1878 Bd. 72 S. 257) die den Gelenkrheumatismus gewöhnlich begleitende Endocarditis als von Mikroorganismen erzeugt betrachtet. Dr. Paul Guttmann hat jüngst in dem Verein für innere Medicin in Berlin einen tödtlich verlaufenden Fall von Rheumatismus acutus mitgetheilt, bei welchem er in dem afficirten rechten Kniegelenk, in dem pericardialen eitrigen Exsudate und in metastatischen Eiterherden in den Nieren ein und denselben Mikroorganismus, den Staphylococcus pyogenes aureus auffand. (Deutsche medicinische Wochenschrift Nr. 46 vom 18. Novbr. 1881 S. 810.) Mag es dieser oder ein anderer Mikroorganismus sein, ohne einen solchen lassen sich die Symptome der Krankheit: das gleichzeitige oder aufeinander folgende Befallenwerden verschiedener Gelenke, das Hinzutreten von Complicationen in anderen Organen, die mit diesen nicht in physiologischem Zusammenhang stehen, das häufige Recidiviren des örtlichen Gelenkleidens nicht erklären. Auch geht dem örtlichen Process in den Gelenken wie bei anderen zymotischen Krankheiten z. B. dem Abdominaltyphus mehrere Tage ein allgemeines Unwohlsein, Frösteln, Eingenommenheit des Kopfes, grosse Abgeschlagenheit, Herzklopfen und Störung der Verdauung voraus.

(Fortsetzung folgt.)

Casuistische Mittheilungen aus Hospitälern und aus der Praxis.

Ein seltener Fall von Tripper-Rheumatismus. (Von Dr. H. Fischer.)

Gelenkerkrankungen als consecutive Erscheinung einer bestehenden Gonorrhoe bilden eine ziemlich seltene Complication der letzteren; das Kniegelenk, das relativ am häufigsten hiervon befallen wird, erkrankt nach Fournier unter 62 Tripperfällen nur einmal. Noch viel seltener betrifft diese Complication andere Gelenke, so dass der nachstehende Fall von Tripperrheumatismus im Radio-carpal-Gelenk von Interesse sein dürfte.

Y, ein junger Mann zu Anfang der zwanziger Jahre, von gesunder Constitution, ohne wahrnehmbare Anlage zu irgend welcher Dyskrasie, hatte zu Anfang Juli vorigen Jahres (Patient hatte schon mehrmals Tripper gehabt) einen Tripper acquirirt, der an und für sich nichts besonderes bot; die Erkrankung verlief zunächst gelinde und auch eine nach 3 Wochen hinzugetretene sehr leichte Epididymitis ging in kürzester Zeit wieder zurück, trotzdem Patient nicht zu bewegen war, eine seinem Zustande angemessene Diät zu befolgen.

Vier Wochen nach stattgehabter Infection, als die Epididymitis im Verschwinden begriffen war, und Patient sich subjectiv des besten Wohlseins erfreute, verspürte derselbe eines Abends ein leichtes schmerzhaftes Jucken an der Wurzel des linken Daumens; dasselbe steigerte sich rapide und bereits nach zwei Stunden wurde Patient von den heftigsten Schmerzen gequält. Die Nacht war fast ganz schlaflos, die Schmerzen steigerten sich fortwährend, die Beweglichkeit des Radio-carpal-Gelenkes war wegen der heftigen Schmerzen fast ganz unmöglich.

In diesem Zustande traf ich den Patienten am nächsten Morgen. Objectiv war am Gelenk gar nichts nachweisbar. Active und passive Bewegungen verursachten ihm die rasendsten Schmerzen. Dabei bestand ganz geringes Fieber. Meine erste Diagnose war »Gelenkrheumatismus«; dennoch kam mir die Sache von Anfang an sonderbar vor: einen Moment hatte ich an einen Zusammenhang mit dem Tripper gedacht, doch wegen der Seltenheit der Affection war ich wieder davon abgekommen, und versuchte Salicylsäure anzuwenden.

Patient nahm nun in drei Tagen 20 g Natron Salicyl. indess die Gelenkaffection sich statt zu bessern, verschlimmerte; die Schmerzen waren unerträgliche, die Nachtruhe oft gestört, Fieber war ganz gering, die Haut über dem erkrankten Gelenke ödematös geröthet, das Exsudat deutlich nachweisbar.

Diese absolute Wirkungslosigkeit einer solchen Dosis Salicylsäure machte mich stutzig an meiner Diagnose Gelenkrheumatismus und ich dachte wieder an Tripperrheumatismus, besonders da die Affection ohne jede Neigung zu springen hartnäckig am ergriffenen Gelenke festhaftete. Ich dachte an viele Möglichkeiten der Erkrankung, doch keine war stichhaltig; für eine tuberculöse oder fungöse etc. oder auch traumatische Gelenkaffection fehlte jeder Anhaltspunkt, auch Syphilis wurde entschieden in Abrede gestellt.

Ohne zunächst eine bestimmte Diagnose zu machen, behandelte ich die Gelenkentzündung local, die Salicylsäure, die merkwürdig gut vom Patienten vertragen worden war, gänzlich bei Seite lassend: Warme Local-Bäder, Bepinseln des Gelenks mit Jodtinctur, absolute Ruhigstellung des ganzen Vorderarmes mittels eines immobilisirenden Verbandes; eine hinzugetretene Sehnenscheidenentzündung behandelte ich mit einem feuchten Carbolverband.

Nachdem das Stadium acmes 8—10 Tage gedauert, schwoll das Gelenk ab, die Röthung verlor sich und ganz allmählich und langsam erfolgte die Resorption des Exsudates, ebenso allmählich besserten sich die subjectiven Beschwerden des Patienten. Nach vier Wochen war völlige Heilung und Wiedererlangung der Gebrauchsfähigkeit des Gelenkes erfolgt, trotzdem Patient so undiätetisch als nur möglich sich verhalten hatte.

Erst ganz zuletzt, als die Heilung schon fast ganz erfolgt war, befestigte sich in mir die schon Anfangs gehegte Vermuthung, »Tripperrheumatismus« bis zur vollen Diagnose, an der ich nunmehr mit Bestimmtheit festhalte, da alle für den Tripperrheumatismus charakteristischen Symptome: Geringes Fieber, plötzliches Auftreten ohne Vorboten, Unwirksamkeit der Salicylsäure, monarticulärer Charakter der Affection, Punkt für Punkt auf den Krankheitsfall passen.

Handgelenkswunde mit Durchschneidung mehrerer Dorsalsehnen; Sehnennath, Heilung p. pr. mit völliger Functionsfähigkeit der Hand. — (Aus d. städt. Krankenhaus zu Augsburg, mitgetheilt von Dr. Schreiber.)

Der 27jährige Taglöhner J. M. wurde am 24. I. Abends in einer Schlägerei mehrfach verwundet, ging erst am 25. morgens nach dem Hospital, wo man ausser mehreren Stichen am Kopf eine Schnittwunde in's rechte Handgelenk an der radialen Seite constatirte, in deren Grund die Handwurzelknochen sich zeigten und die eine Durchtrennung der Sehnen des Abduct. pollicis, des Extensor. p., des Ext. dig. ind. ergab, während die Sehne des Mittelfingers nur halb durchtrennt war. Die oberen Enden der Sehnen, (die centralen), hatten sich so stark retrahirt dass es auch bei Einführung einer schmalen Pincette nicht gelang dieselben zu fassen und musste desshalb zu der queren Wunde senkrecht nach oben eingeschnitten und die Sehnen aufgesucht werden. Da die Schnittflächen blutig infiltrirt und unrein waren, wurde angefrischt und danach die Sehnen durch je 2 Catgutligaturen nach einander vereinigt, nach längerer Sublimatirrigation und vollkommener Stillung der Blutung, die Wunde mit Jodoform ausgerieben und geschlossen. Dieselbe heilte unter Sublimatdauerverband völlig primär, nach fünf Tage wurden die meisten Nähte entfernt und am 20. II. konnte Patient mit normaler Beweglichkeit der Finger entlassen werden.

Referate und Bücher-Anzeigen.

A. Steinlechner-Gretschischnikoff: Ueber den Bau des Rückenmarkes bei Mikrocephalen. Ein Beitrag zur Kenntniss des Einflusses des Vorderhirnes auf die Entwickelung der anderen Theile des centralen Nervensystems. (Aus dem anatomischen Institute der Thierarzneischule zu Bern.) Mit

einem Zusatze von Prof. Dr. M. Flesch. 1 Tafel. 8 Holzschnitte. Archiv für Psychiatrie. Bd. XVII. Heft 3. 44 S.

Die Verfolgung der bei gewissen Fällen von Mikrocephalie von verschiedenen Beobachtern gefundenen Verkümmerung des Rückenmarkes (Mikromyelie) erschien der Verfasserin um so mehr nöthig, als eine solche exactere Begründung respective Widerlegung der von C. Vogt gegebenen Erklärung, dass die Mikrocephalie als »Rückschlagsbildung« angesehen werden müsse, zu liefern versprach. Die von Vogt für seine Meinung aus der Form des Schädels und Gehirnes beigebrachten Argumente sind bekanntlich durch Forscher vom Range v. Bischoff's, Virchow's u. A. widerlegt worden und Flesch, Jensen und Aby haben als weiteren Beweis gegen die Vogt'sche Anschauung krankhafte Veränderungen als Grund der Mikrocephalie betont, wie dies schon früher auch Virchow erkannt hatte. Verfasserin schliesst sich diesen Anschauungen an und betont mit Recht, dass die Beurtheilung der Mikrocephalie und ihrer Folgezustände daher auch nach den gleichen Gesichtspunkten erfolgen müsse, nach welchen wir bei Beurtheilung der secundären Veränderungen bei anderen Erkrankungen der Centralorgane vorgehen. Die Bearbeitung des Nervensystems mikrocephaler Individuen gewähre ein besonderes anatomisches Interesse, weil wegen der frühen, schon intrauterin oder kurze Zeit post partum eintretenden primären Läsion die secundären Veränderungen in weit entscheidenderer Weise als bei experimentellen Verletzungen zur Geltung kommen müssen und desshalb auch eine gründlichere Verwerthung von Schlüssen auf die normale Anordnung der lädirten Theile des Markes gestatten, als sie bei Benutzung von sonst leichter zugänglichen Defecten aus späteren Lebensperioden möglich ist.

Die Arbeit will unter Benutzung zweier wohl charakterisirter Fälle von Mikrocephalie das Rückenmark auf etwaige Veränderungen untersuchen, um zugleich im Hinblick auf die von Flechsig nachgewiesene ungleichzeitige Entstehung der medullaren Leitungsbahnen eine eventuell unterbliebene Ausbildung gewisser mit den lädirten Hirntheilen in directem Zusammenhang stehender Bahnen zu constatiren. Verfasserin denkt sich die Entwickelung derselben in absteigender Richtung erfolgend, dass also, ebenso wie im späteren Leben normale Ernährung und Erhaltung, so auch im Entwickelungsleben die Ausbildung der Leitungsbahnen in directer Abhängigkeit von den mit ihnen verbundenen Gehirntheilen stehe.

Bei mit Mikrocephalie verbundenen Rückenmarksdefecten wird es sich also entweder um völligen Mangel oder um unvollständige Bildung oder um secundäre Degeneration gewisser Theile handeln können, je nachdem die Läsion vor der ersten Anlage oder während der Entwickelung oder nach beendeter Ausbildung der betreffenden Faserzüge erfolgte.

Als Untersuchungsmaterial diente einmal der 9 Jahre alte von Flesch (in der Festschrift zur dritten Säcularfeier der Alma Julia Maximilianea Bd. II, S. 95) beschriebene Franz Becker aus Bingen bei Offenbach am Main (Schädelinhalt 710 ccm gegen 1100 ccm Norm) mit sehr unvollkommen ausgebildetem Grosshirn, von welchem nur die Stirnlappen und der vordere Theil des Parietallappens als solide Massen mit sehr wenig entwickelten Furchen kenntlich waren. Der übrige Theil der Hirnmasse war jederseits durch Hydrocephalus internus zu einer dünnwandigen Blase umgewandelt.

Als zweiter, in der vorliegenden Arbeit genauer beschriebener Fall, wird der 6jährige A. Post aus Würzburg verwendet, ein Repräsentant mittelgradiger porencephaler Mikrocephalie (Flesch). Ein Fall auf den Kopf im ersten Monate post partum aus der Wiege, soll Ursache eines von da ab auffallenden Verhaltens des bis dahin normalen Kindes gewesen sein. Die Section des in einem eclamptischen Anfall Verstorbenen ergab keine acuten Veränderungen.

Das völlig hilflose Kind musste gefüttert werden, liess Koth und Urin unter sich gehen, zeigte aber, obwohl unfähig zu sprechen, Zeichen einer geringen Geistesthätigkeit.

Der scheitelwärts sich rasch verschmälernde Kopf ist in der Höhe der Augenhöhlen am breitesten. Bei Profilbetrachtung steht die grösste Höhe des Kopfes senkrecht über der Ohröffnung. Stirn flach, sich rasch nach aufwärts verjüngend. Hinterkopf kurz, Ohren gross, weit abstehend. Schädel klein, in seinen Dimensionen mehr dem eines 1—1½ jährigen, als dem eines gleichalterigen normalen Kindes entsprechend.

Die Kleinheit betrifft namentlich die Convexität des Hirnschädels. Basis normal. Occiput bei dorsaler Betrachtung gegen die Hirnbasis abgeflacht, seine Schuppe liegt hinter dem in den hinteren Theil des Schädels fallenden Foramen magnum fast horizontal. Schmalheit des Hirnschädels beträchtlich. Transversalachse zwischen den beiden Proc. mast. beinahe gleich der Transversalachse zwischen den Proc. zygomat. Frontale von den Jochbögen an stark verengt, flach bis zur Scheitelhöhe ansteigend. Ausserdem eine an Hirn- und Gesichtsschädel auffallende, durch Abweichen der Sagittalnaht nach hinten und links bedingte Assymetrie mit stärkerer Entwickelung der rechten Hälfte. Ohröffnung weit hinter der Mitte der Sagittalachse des Kopfes.

Occipitalregion verkürzt. Sämmtliche Nähte in normaler Weise vorhanden ermöglichen, eine prämature Synostose als Grund der Mikrocephalie auszuschliessen. Schädelknochen dünn, arm an Spongiosa. Tiefe Impressiones digitatae.

Die den Sinus transversus aufnehmende Querfurche bis fast an die Spitze der Squama oss. occipit. scheitelwärts verschoben. Parietalia in ihrer frontalen Region verdickt, ohne Impressiones digitatae. Mittlere Schädelgruben tief; Crista galli wie nach links umgeklappt. Vordere Hälfte der linken Riechgrube zur schmalen Spalte verengt. Orbitaldach papierdünn.

Schädeldach fest mit Dura verwachsen, letztere weiss, undurchsichtig. Pia stark durchfeuchtet, gelb, theilweise ödematös.

Kleinhirn in grosser Ausdehnung von den Hemisphären unbedeckt, letztere auf ihrer Convexität oberhalb der Sylvischen Grube von einer tiefen Rinne eingeschnitten, welche sie in einen frontalen und temporo-occipitalen Theil zerlegt. Der Grund dieser Rinne ist mit derber Masse ausgefüllt, rechts ist die Depression tiefer, aber die Masse des Occipitotemporaltheiles grösser. Die Furchung erlaubt eben so wenig eine Einreihung in das Schema menschlicher Gehirne als in das der Affen. Dagegen bestehen, ohne dass ein Vergleich im Einzelnen durchführbar ist, gewisse Aehnlichkeiten mit der Windungsanordnung am Cetaceengehirne, ein Befund, der registrirt werden mag, weil er, ohne dass Jemand daran »atavistische« Speculationen knüpfen wird, einen Beitrag zur Beobachtung liefert, dass Störungen in der normalen Bildung bisweilen zu thierähnlichen Formationen führen können, dass also pathologische von der Norm abweichende Entwickelung in eine bei ferner stehenden Gliedern der Thierreihe typische Richtung übergehen kann.

Die Grosshirnbasis ist normal an der orbitalen Fläche gefurcht und so von der lateralen gegen die mediale Fläche geneigt, dass dieselbe bei Profilbetrachtung in grösserer Ausdehnung als normal übersehbar ist.

Kleinhirn relativ sehr gross, höher als lang, bei Profilansicht dreieckig. Die grösste Seite des Dreieckes erscheint nach rückwärts convex, die kleinste Seite sieht parallel der Längsaxe der Medulla oblongata nach vorne unten. Oliven sehr gross, Pyramiden klein, assymetrisch; die linke 1 mm schmäler als die rechte und tiefer eingesunken.

Caliber und Austrittsstellen der Hirnnerven normal. Die rechte A. vertebralis sehr dünn. Die Gefässe der Hirnbasis werden fast ausschliesslich von der linken vertebralis geliefert, welche die wesentliche Blutquelle für das Grosshirn bildet, da beide Carotiden so sehr verkleinert sind, dass der gemeinsame Stamm für die Art Foss. Sylv., corp. call. und Chorioiden nicht dicker als die Art. corp. call. sind. Thrombose der Gefässe konnte als Ursache dieses Verhaltens ausgeschlossen werden.

Die mikroskopische Untersuchung des Rückenmarkes von Post und Becker ergab:

Dass in beiden Fällen eine Verkümmerung des Rückenmarkes »Mikromyelie« bestand, für welche locale Erkrankungen nicht als Ursache nachzuweisen waren.

Die Verkümmerung des Rückenmarkes betrifft vorzüglich die weisse Substanz, namentlich die Pyramiden- und Goll'schen Stränge; ferner die Vorderstränge und bei dem stärker betroffe-

nen Rückenmark auch die Kleinhirnseitenstrangbahn. Die Keilstrangregion ist anscheinend nicht afficirt.

In höheren Graden der Mikrocephalie ist auch die graue Substanz durch Verminderung der Zahl der Nervenzellen afficirt.

Die mikroskopische Untersuchung des verlängerten Markes und der übrigen Hirntheile ist noch nicht abgeschlossen und damit eine weitere Verwerthung der vorstehenden Ergebnisse noch nicht in ihrer ganzen Ausdehnung möglich, doch lässt sich schon soviel sagen, dass

1) die Ausbildung der Nervenfasern in der den Pyramidenseitenstrangbahnen entsprechenden Region des Rückenmarkes bei in frühen Entwickelungsperioden eintretenden schweren Störungen in der Bildung des Grosshirnes eine mangelhafte ist. Die Entstehung dieser Fasern ist somit von der normalen Ausbildung gewisser Grosshirntheile direct abhängig.

2) In der Region der Pyramidenseitenstrangbahnen ist noch eine Anzahl von Nervenfasern bei höchstgradiger Mikrocephalie vorhanden, es enthält also diese Region Fasern, die von abwärts vom Grosshirn gelegenen Centraltheilen abhängig sind.

3) Neben dieser Bahn sind auch die Goll'schen Stränge von normaler Entwickelung des Grosshirns abhängig.

4) Die Grundbündel der Vorderstränge erscheinen bei Mikrocephalie gegenüber der Norm hinsichtlich der Zahl der auf denselben Querschnitt fallenden Fasern reducirt, sie wachsen aber auch bei hochgradigen Mikrocephalen weiter. Ihre Abhängigkeit vom Grosshirn ist also wahrscheinlich eine indirecte.

5) Die Ausbildung der Nervenzellen in den Vorderhörnern des Rückenmarkes ist bei hochgradigen Mikrocephalen eine verminderte. Frühzeitige Störung des Gehirnwachsthums soll sie zu hemmen vermögen. Demnach steht auch die graue Substanz des Rückenmarkes unter dem Einflusse der normalen Entwickelung der vorderen Abschnitte des Medullarrohres. Bonnet.

Neuere Arbeiten über Syphilis hereditaria tarda.

1) A. Fournier, La syphilis héréditaire tardive. Paris, G. Masson, Editeur. 1886. 650 S.

2) A. Wolff, Ueber Syphilis hereditaria tarda. Sammlung klinischer Vorträge, herausgegeben von R. v. Volkmann. Nr. 273. Leipzig 1886.

3) M. v. Zeissl, Ueber Lues hereditaria tarda. Wiener Klinik. Juli 1885.

Die soeben erschienenen Vorlesungen des schon durch so viele hervorragende Werke auf dem venereologischen Gebiete ausgezeichneten Autors, werden nicht verfehlen, bei allen Fachgenossen freudige Aufnahme zu finden. Die hervorragende, tonangebende Stellung, welche Fournier unter den modernen französischen Syphilidologen einnimmt, seine enorme Erfahrung und seine vorzügliche Darstellungsgabe, welche aus dem immensen Beobachtungsmaterial das Wichtige und Zusammengehörige mit spielender Leichtigkeit auszuwählen und zu ordnen weiss, nicht minder endlich die vollendete Form in sprachlicher Beziehung haben dem Autor schon lange eine erste Stelle in der französischen fachwissenschaftlichen Literatur gesichert, und die daraus resultirenden Vorzüge sind denn auch dem vorliegenden Werke in hohem Grade eigen. — Fournier versteht unter der Bezeichnung »Syphilis hereditaria tarda«, (welche zugegebenermassen nicht ganz unzweideutig ist, aber der Kürze und Bequemlichkeit halber beibehalten zu werden verdient) die Gesammtheit derjenigen syphilitischen Erscheinungen, welche als Folge einer hereditären Infection sich in einem mehr weniger vorgerückten Lebensalter einfinden, nämlich im Verlaufe des späteren Kindesalters, in der Pubertätsperiode und im reifen Alter. Im Gegensatze zur Syphilis hereditaria präcox, welche sich unmittelbar nach der Geburt zu erkennen gibt, ist die Syphilis hereditaria tarda diejenige, welche ihre Erscheinungen in einem von der Geburt entfernteren Alter zeigt: sei es nun, dass die syphilitischen Erscheinungen in diesem Alter überhaupt zum ersten Male auftreten, sei es, dass anderweitige Manifestationen gleichen Ursprungs bereits im früheren Lebensalter vorgekommen waren. Man sieht, dass Fournier den Begriff Syphilis hereditaria tarda in einem viel weiteren Sinne fasst, als man dies in Deutschland bisher zu thun gewohnt war; denn bei uns hat man diesen Ausdruck stets für jene seltenen Fälle reserviren zu müssen geglaubt, in denen es sich um anscheinend völlig gesund geborne Kinder handelt, bei denen unter dem Einfluss einer hereditär nachweisbaren aber latent gebliebenen specifischen Infection im vorgerückteren Kindesalter, in der Pubertätszeit oder im erwachsenen Alter Erscheinungen der Syphilis, meist dem gummösen Stadium angehörig, aufgetreten waren. Und noch wird in Deutschland die Streitfrage nicht als gelöst betrachtet, ob eine solche abnorme und eigenthümliche Verlaufsweise der hereditären Syphilis wirklich vorkommt; dass bei einem hereditärsyphilitischen Kinde die Symptome sei es mit sei es ohne Behandlung schwinden können und dass dann nach einem Jahre hindurch währenden Stadium der Latenz im späteren Kindesalter oder in der Pubertätszeit Erscheinungen gummöser Natur auftreten, würde nach unserer Ansicht Nichts überraschendes sein und die Aufstellung einer besonderen Form »tardiver hereditärer Lues« nicht rechtfertigen können. Darum scheint uns die praktisch und wissenschaftlich wichtigste Frage die zu sein: »Gibt es unzweifelhafte erwiesene Fälle hereditär-syphilitischer Infection, bei denen die Krankheit vom Momente der Geburt bis zum späteren Kindesalter latent bleibt, um dann sich sofort durch dem gummösen Stadium angehörige Erscheinungen kundzugeben?« Fournier steht nicht an, auf Grund seiner klinischen Erfahrungen diese Frage in positivem Sinne zu beantworten. In einem einleitenden Capitel theilt er zunächst eine Anzahl von Fällen mit, welche nach seiner Ansicht den unumstösslichen Beweis liefern, dass die hereditäre Syphilis nicht nur zu specifischen Erkrankungen in späterer Zeit Veranlassung geben kann, sondern dass es auch eine Syphilis hereditaria tarda in dem eben besprochenen, in Deutschland gebräuchlichen Sinne gibt, bei welcher es also, ohne dass im unmittelbaren Anschluss an die Geburt manifeste Symptome hereditärer Lues vorhanden gewesen wären, später zu specifischen tertiären Erkrankungsformen kommt. Da nun aber die klinischen Erscheinungen der Syphilis hereditaria tarda unter Umständen zu diagnostischen Schwierigkeiten Veranlassung geben können und andererseits eine möglichst frühzeitige Sicherung der Diagnose vom praktisch-therapeutischen Standpuncte aus von der grössten Bedeutung ist, so wird von Fournier in dem ersten Theile seines Werkes ein Hauptgewicht auf gewisse äussere Kennzeichen gelegt, welche jedes für sich, noch mehr aber wenn vereint vorhanden, die Diagnose wesentlich zu erleichtern, ja unter Umständen dieselbe zu sichern geeignet sind. Unter diesen diagnostischen Behelfen zur Erkenntniss der heredosyphilitischen Belastung erwähnt Fournier zuerst eine gewisse Schwächlichkeit der Constitution im Allgemeinen, geringe Entwickelung dess Fettpolters und der Musculatur, sowie eine bleiche, graue bis erdfahle Färbung des Teints. Diese Momente sind nicht so fast an sich für Heredo-syphilis charakteristisch, als vielmehr differentiell gegenüber der Scrophulose zu verwenden. Wichtiger schon erscheint als zweiter diagnostischer Behelf, eine gewisse Unvollkommenheit, ein Zurückbleiben im physischen Wachsthum; die Kinder wachsen langsam, lernen spät laufen, die Zahnentwicklung schiebt sich weiter hinaus als in der Norm, die Fähigkeit zu sprechen wird später erworben. Auch wenn die Kinder ausgewachsen sind bleiben sie häufig weit unter Mittelgrösse, die Glieder sind zart entwickelt, klein, kindlich, die Pubertätsperiode tritt bei beiden Geschlechtern viel später ein als in Norm. Dieses Zurückbleiben im Wachsthum und in der Entwickelung ist ein hervorragendes Zeichen des Einflusses einer hereditären Syphilis; F. bezeichnet dieses Zeichen als Infantilismus. Gewisse Missbildungen des Schädels und der Nase weisen gleichfalls auf bestehende Heredo-Syphilis hin; in gleicher Weise Missbildungen der Knochen des Stammes und der Glieder. Die Frage über den Modus des Zusammenhanges zwischen Rachitis und Syphilis hereditaria lässt F. offen; so viel aber hält er für sichergestellt und erwiesen, dass rachitische Läsion mit beträchtlicher Häufigkeit bei hereditär-syphilitischen Individuen angetroffen werden. Wahrscheinlich verhält sich die Sache so, dass gleichwie andere schwächende Einflüsse so auch die Syphilis als indirecte Ursache der Rachitis betrachtet werden kann. Eine weitere wichtige Stütze für die retrospective Diagnose der hereditären Syphilis geben gewisse Narbenbildungen der Haut und

der Schleimhäute, welche sich durch bestimmte mehr weniger eigenthümliche Merkmale charakterisiren. In dieser Richtung sind besonders grosse Narben von runder, polycyclischer und serpiginöser Form, dann kleinere in Halbkreisformen gruppirte Narben, und scheibenförmig gruppirte Narben bemerkenswerth. Auch der Ort, wo sich die Narben finden, ist von Bedeutung. So sind vorzugsweise die angulären Narben an den Commissuren der Lippen und die radiär um den Mund herum nach allen Seiten vom Lippenroth aus nach der äusseren Haut ausstrahlenden Narbenbildungen für die Diagnose wichtig; desgleichen flache Narben und Substanzverluste an der Nase, am weichen Gaumen und im Pharynx. Einen grossen Werth legt Fournier auf die von ihm sogenannte Hutchinson'sche Trias, nemlich das Zusammenvorkommen von Keratitis interstitialis diffusa und deren Folgen, Gehörsstörungen und völlige Taubheit, und endlich Missbildungen der Zähne, vorzüglich die von Hutchinson näher studirte Deformation der obern Schneidezähne. Die verschiedenen Formen der Zahnmissbildungen, welche im Gefolge und unter dem indirecten Einfluss der Heredo-Syphilis beobachtet werden, werden ausführlich geschildert; ohne denselben einen für die Diagnose absolut entscheidenden Werth beizulegen, hebt er doch bestimmte Formen der Zahnmissbildung als in dieser Richtung vorwiegend beachtenswerth hervor; jedenfalls geben uns die Zahnmissbildungen einen beachtenswerthen Hinweis auf eine etwa vorliegende hereditäre Syphilis und wir werden in solchen Fällen stets nach anderweitigen diagnostischen Behelfen forschen müssen, weil wir eben oft genug erst durch die Combination verschiedener solcher Factoren die völlige diagnostische Gewissheit erreichen können. Von fernerer diagnostischer Bedeutung für die hereditäre Syphilis sind syphilitische Veränderungen der Hoden bei sehr jugendlichen Individuen. Entweder wir finden im kindlichen Alter ein der Sarcocele syphilitica bei Erwachsenen völlig gleichendes klinisches Bild, oder die Folgen einer solchen Sarcocele, nemlich atrophische Induration einer oder beider Hoden, oder die Hoden sind im Verhältniss zu dem Alter der Patienten ausserordentlich wenig entwickelt, klein, eine Erscheinung, die sich meist mit den übrigen Erscheinungen des hereditär-syphilitischen Infantilismus combinirt. Ausser den bis jetzt erwähnten Momenten, welche für die Diagnose werthvoll werden können, gibt es noch eine Reihe anderer Erscheinungen, die wenn auch den obengenannten nachstehend, doch gelegentlich volle Beachtung verdienen. So finden wir zuweilen mehr weniger beträchtliche Lymphdrüsenhypertrophien, chronische Arthropathien, welche als Folgezustände vorausgegangener specifischer Gelenkaffectionen zu betrachten sind, und Hemmungen der geistigen Entwickelung. Endlich sind gewisse anamnestische Behelfe und Nachforschungen in der Familie der Patienten für die Diagnose von Werth. Obenan steht in dieser Hinsicht der Nachweis der Polylethalität der Kinder in syphilitischen Familien. Wenn wir erfahren, dass die Mutter des Patienten mehrfach Aborte und Frühgeburten durchgemacht hat, wenn wir hören, dass die Kinder theils todt geboren wurden, theils in früher Jugend dahinsiechten und starben, so werden wir stets an Syphilis denken müssen, denn wir kennen keine Ursache, durch welche Aborte, Todtgeburten und Kindersterblichkeit in gleich hohem Masse beeinflusst würden. — In dem zweiten Theile des Werkes werden die klinischen Erscheinungen der Syphilis hereditaria tarda besprochen. Aus den persönlichen Erfahrungen des Autors, und aus dem von ihm in der Literatur gesammelten Material geht hervor, dass diese Erscheinungen zwischen dem 3. und 28. Lebensjahre aufzutreten pflegen, am häufigsten zwischen dem 12. und 18. Jahre. Es gibt zwar auch gute Beobachtungen, welche nach dem 28. Lebensjahre das Auftreten hereditär luetischer Erscheinungen beweisen dürften, und es kann eigentlich nicht gedacht werden, dass gerade das 28. Lebensjahr eine Grenzmarke sein soll, über welche hinaus die hereditäre Syphilis sich nicht mehr geltend machen kann; vorläufig kann nur behauptet werden, dass die nach dieser Zeit beobachteten Fälle sogenannter Syphilis hereditaria tarda darum nicht ganz sicher sind, weil nicht mehr mit Bestimmtheit Syphilis der Ascendenten in solchen Fällen bis heute nachgewiesen werden konnte, und somit das wichtigste Beweismaterial über die Herkunft der Infection mangelhaft erscheint. Was die Erscheinungen der hereditären tardiven Syphilis selbst betrifft, so lassen sich dieselben in zwei Gruppen trennen. Die grössere Anzahl der zur Beobachtung kommenden Symptome unterscheidet sich in keiner Weise von den bei Syphilis überhaupt vorkommenden Symptomen. Ein Gumma der Unterhautbindegewebes verhält sich bei hereditärer tardiver Lues nicht anders als ein solches bei acquirirter Syphilis; dagegen verdient die zweite Gruppe von Erscheinungen darum eine besondere Aufmerksamkeit, weil dieselben für die tardive Form der congenitalen Syphilis geradezu specifisch sind, oder sich doch wenigstens durch eine eigenthümliche Physiognomie von ähnlichen Affectionen bei acquirirter Lues unterscheiden. Dieselben sind auch darum von Wichtigkeit, weil sie häufig mit anderweitigen banalen Erkrankungen den kindlichen und jugendlichen Alters verwechselt werden; so wird nicht selten eine Encephalopathie auf hereditär-luetischer Basis als eine vulgäre oder tuberculöse Meningitis angesprochen. Der Schilderung dieser zweiten Gruppe von Symptomen ist der zweite grösste Theil des Fournier'schen Werkes gewidmet. Es würde uns zu weit führen, auf die detaillirten Ausführungen der die verschiedenen Gewebe und Organe befallenden Erkrankungen, welche durch eine grosse Anzahl kurzer, aber ungemein prägnanter Krankengeschichten illustrirt werden, hier des Näheren einzugehen. Nur das eine sei hier erwähnt, dass dem ganzen reichen Inhalte dieses Theiles ein grosses praktisches Interesse in soferne zukömmt, als die Wichtigkeit einer exacten Differentialdiagnose mit Rücksicht auf die gerade bei der Syphilis so aussichtsreiche Therapie nicht genug betont werden kann; ganz besonders seien in dieser Hinsicht dem Studium empfohlen die Capitel über die Erkrankungen der Augen, über die Knochenerkrankungen, und über die congenital-luetischen Erkrankungen des Gehirns. — Im dritten Theile gibt uns der Autor eine vergleichende Schilderung der im Kindesalter erworbenen und der tardiven hereditären Syphilis. Da die Differentialdiagnose zwischen hereditärer Syphilis einerseits und der in der Kindheit acquirirten Lues andererseits nicht nur von hohem wissenschaftlichen, sondern häufig auch von grossem praktischen Interesse sein kann, so werden die Möglichkeiten einer solchen retrospectiven Differentialdiagnose eingehend erwogen. Fournier ist der Ansicht, dass eine kleine Anzahl klinischer Symptome durch bestimmte charakteristische Eigenthümlichkeiten, und eine genaue Krankenuntersuchung eventuell in dieser Hinsicht Aufschluss zu geben im Stande sei. Doch verdienen selbst die in dieser Beziehung sehr beachtenswerthen Erscheinungen (Hutchinson's Zähne, und gewisse Läsionen des Knochensystems) nicht den Namen pathognomonischer Merkmale; alle übrigen klinischen Erscheinungen haben als differentialdiagnostische Elemente darum keinen Werth, weil auch die in der Kindheit erworbene Syphilis dieselben, wenn auch seltener, so doch sicher, hervorzubringen vermag. Das wahre diagnostische Kriterium beruht demnach mit seltenen Ausnahmen nicht auf klinischen Erwägungen, sondern auf der Kenntniss der persönlichen Antecedentien des Kranken und auf den in der Familie des Patienten und über dieselbe angestellten Nachforschungen. Diese Nachforschungen sind darauf zu richten, ob bei den Eltern des Patienten oder anderen Kindern derselben Familie Syphilis vorhanden war und wann dieselbe vorhanden war. Dann ist insbesondere das Vorkommen jener eigenthümlichen Polylethalität der Kinder einer Familie zu berücksichtigen. Der wahre Werth dieser diagnostischen Methode ist bis heute noch nicht genügend gewürdigt, und doch bildet dieselbe die Basis aller diagnostischen Untersuchungen, welche die Existenz einer hereditären tardiven Syphilis zu erweisen im Stande sind. — Zu unserem Bedauern gestattet der zur Verfügung stehende Raum nicht, auf den interessanten casuistischen Theil des Buches näher einzugehen; doch wollen wir nicht schliessen, ohne die Lectüre dieses hervorragenden Werkes allen denen, welche sich für die heute so viel besprochene Frage der Syphilis hereditaria tarda interessiren, aufs Wärmste zu empfehlen.

2) Wolff berichtet über eine Anzahl von ihm beobachteter Fälle, von welchen zwei ausführlicher mitgetheilt werden. In beiden Fällen handelt es sich um jüngere Individuen (19 Jahre

und 25 Jahre), welche sich beide der Möglichkeit einer Infection auf dem gewöhnlichen geschlechtlichen Wege nicht ausgesetzt haben, und bei denen knotig ulceröse Syphilide an Gesicht und Nase im einen Falle seit 7, im anderen seit 8 Jahren bestehen, ohne dass die Natur der pathologischen Processe in dieser Zeit erkannt worden wäre. Demgemäss sind denn auch beträchtliche Gewebszerstörungen in beiden Fällen zur Zeit zu constatiren. In beiden Fällen war das wichtige »anamnestische Symptom« der Polylethalität der Nachkommenschaft der syphilitischen Gatten prägnant ausgesprochen. Was die an den Kranken selbst zu beobachtenden Merkzeichen der Lues heredit. tarda betrifft, so schildert Wolff dieselben in ziemlich gleicher Weise wie Fournier, auch in Hinsicht auf die Beziehungen zwischen Lues congenita und Rachitis steht er auf dem Standpunkte des letzteren. Die Bedeutung der Hutchinson'schen Trias für eine positive Diagnose scheint W. anzuerkennen; die Abwesenheit dieser Trias oder eines ihrer Symptome spricht aber darum noch nicht gegen die Annehmbarkeit einer Syphilis heredit. tarda. W. gebraucht den Ausdruck Lues hered. tarda im Sinne Fournier's, indem er alle Fälle hieher rechnet, welche im spätern Kindesalter in der Pubertätsperiode oder später syphilitische Erscheinungen der gummösen Periode auf hereditärer Grundlage auftreten, und gibt der Anschauung Ausdruck, dass es eine Syphilis hereditaria in dem anderen meist in Deutschland gebrauchten Sinne überhaupt nicht gebe, indem er es für sehr wahrscheinlich erklärt, dass alle hieher gerechneten Patienten im ersten Lebensjahre unbemerkte oder unerkannte syphilitische Erscheinungen gehabt haben. Die Späterscheinungen der in der zarten Kindheit acquirirten Lues lassen sich nicht direct von den vererbten unterscheiden. Eventuell können jedoch der bei Fournier besprochene Symptomencomplex oder noch besser anamnestische Angaben über die Angehörigen des Patienten die gewünschte Aufklärung geben.

3) Zeissl erklärt es mit Recht für sehr wünschenswerth, dass man sich endlich überhaupt darüber klar werde, was man unter Syphilis hereditaria tarda zu verstehen hat; man soll mit dieser Bezeichnung solche Fälle von hereditärer Syphilis belegen, in welchen es erst längere Zeit nach der Geburt zum Ausbruch von Erscheinungen kommt, welche ausschliesslich der sogenannten tertiären Periode der Syphilis angehören, und in welchen früher noch keinerlei Zeichen der hereditären Syphilis vorausgegangen waren, die dem Arzte äusserlich erkennbare diagnostische Merkmale darboten. Wenn sich Gummata an solchen Individuen entwickeln, welche schon früher kürzere Zeit nach der Geburt secundäre Erscheinungen dargeboten hatten, so brauchen wir für diese Fälle nicht erst eine eigene Bezeichnung zu wählen, da wir längst wissen, dass, wenn Jemand einmal an Syphilis gelitten, dieselbe trotz energischer Behandlung, mag sie erworben oder angeboren sein, recidiviren und schliesslich Erscheinungen der gummösen Periode hervorrufen kann. Für diese Fälle genügt es, von einer Lues hereditaria im vorgerückten Stadium zu sprechen. Gleichwohl glaubt sich Zeissl auf Grund eigener (4) Beobachtungen und der in der Literatur vorhandenen Fälle, von denen er eine umfangreiche tabellarische Casuistik gibt, dahin aussprechen zu dürfen, dass nach Abzug aller zweifelhaften Fälle immerhin noch eine gewisse Anzahl übrig bleibt, welche für die Existenz einer echten Syphilis hereditaria tarda beweisend erscheinen. Die eigenthümliche Verlaufsweise dieser Fälle erklärt sich Zeissl nach der von Virchow vorgetragenen Ansicht dadurch, dass die durch die ererbte Syphilis im kindlichen Organismus hinterlegten Infectionskeime zunächst unserer Beobachtung entzogen bleiben, und erst später in einer unseren Sinnen wahrnehmbaren Weise ihre Wirkung geltend machen. Diese Wirkungen sollen sich besonders unter dem Einflusse der Pubertätsentwickelung in Folge des zu dieser Zeit gesteigerten Stoffwechsels geltend machen. Beiläufig mag hier bemerkt werden, dass Z. im Gegensatz zu anderen Autoren auch die tertiären Formen der Lues noch für infectiös hält. Die Erscheinungen, unter welchen sich die hereditäre tardive Lues zu äussern pflegt, werden von Z. conform den Mittheilungen Fournier's und Wolff's geschildert. Doch hat man nach Z.'s Ansicht die Bedeutung der Hutchinson'schen Trias für die Diagnose überschätzt; die dieselben zusammensetzenden Symptome sind theils zu inconstant, theils werden sie auch durch anderweitige Ernährungsstörungen hervorgerufen. Bezüglich der Behandlung sprechen sich Z. ebenso wie W. für eine möglichst frühzeitige und möglichst energische Behandlung mit Hg. und spätere Jodbehandlung aus. Die Hg.-Behandlung wird nach Zeissl zweckmässig mit Zittmann combinirt.

Kopp.

Dr. G. Brösike: Cursus der normalen Anatomie des menschlichen Körpers. Berlin 1887.

Die soeben erschienene erste Hälfte des vorliegenden Buches enthält die Knochen-Bänder- und Muskellehre. Der Gegenstand ist in der knappen Form (15 Bogen) eines Grundrisses behandelt, jedoch mit Berücksichtigung alles Wesentlichen aus diesem Gebiet der descriptiven Anatomie. Einzelne schwierigere Kapitel, wie z. B. der Leisten- und Schenkelring sind ausführlicher gehalten und hie und da durch einen leicht verständlichen schematischen Holzschnitt erläutert. Im Allgemeinen trägt Verfasser den Bedürfnissen des Praktikers bis zu gewissem Grad Rechnung durch Rücksichtnahme auf die Fascien, die Schleimbeutel, Sehnenscheiden, den Mechanismus der Gelenke u. A. Das Buch empfiehlt sich durch seine klare und übersichtliche Form der Darstellung als ein recht brauchbares Repetitorium. Wenn es auch in erster Linie für die Zuhörer des Verfassers, Aerzte und ältere Studirende berechnet wird, für welche Verfassser an der Berliner Universität seit einer Reihe von Jahren anatomische Repetitionscurse mit vielem Erfolge abhält, so dürfte es sich doch voraussichtlich auch in weiteren Kreisen bald Eingang verschaffen.

Rückert.

Vereinswesen.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 5. Januar 1887.

Vorsitzender: Herr Virchow:

Herr **Nitze: Ueber die physikalischen Untersuchungsmethoden der männlichen Harnblase** (mit Demonstration).

Die Inspection und Palpation der Bauchgegend gibt wenig Aufschluss über die Blasenerkrankungen, mehr schon leistet die combinirte Rectaluntersuchung in der Chloroformnarcose, aber auch mit dieser sind die Ergebnisse nicht befriedigend. Weiche Tumoren, kleine Steine und zuweilen sogar auch grosse Steine entziehen sich dieser Untersuchung. Mit der Steinsonde, besonders mit der kurzschnabeligen wird man meistens einen Stein entdecken, allein was die Hauptsache ist, kleine und besonders eingekapselte Steine, werden auch dieser Untersuchung entgehen können. Die mit den geschilderten Methoden zum Theil recht ungünstigen Resultate auf der einen Seite und die glänzenden Resultate andererseits, die Simon durch nach gewaltsamer Dilatation der weiblichen Harnröhre vorgenommene Digitalexploration erzielte, legten den Wunsch nahe, auch für die männliche Blase ähnliche Verhälnisse zu schaffen. Thompson und Volkmann empfahlen die Digitaluntersuchung der Blase nach einer vorausgeschickten Eröffnung vom Perineum. Oft wird es gelingen, die Blase auf diese Weise ganz und gar abzutasten, wenn aber das Individuum älter, die Prostata grösser und die Fettansammlungen am Perineum beträchtlicher sind, so gelingt die Abtastung schon schwieriger. Die Perception wird unsicher und oft ist man überhaupt nicht mehr in der Lage, den Fundus abzutasten, Blutgerinnsel von kleinen Tumoren zu unterscheiden; kleine Steine können dem Gefühl entschlüpfen. Endlich ist die Operation nicht so harmlos wie angegeben; man hat Incontinenz und den Tod eintreten sehen. Guyon verwirft den Perinealschnitt als Explorationsmethode vollkommen und setzt den hohen Blasenschnitt an dessen Stelle.

Redner stellt über alle genannten Untersuchungsmethoden die von ihm angegebene Cystoskopie, bei der die vermittelst eines weissglühend gemachten Platindrahtes hervorgerufene Lichtquelle in die Blase eingeführt wird. Die Blase wird so hell, als wenn sie von Tageslicht beschienen wäre. Man kann eine etwa ein silbernes 5 Markstück grosse Stelle mit einmal über-

sehen. Durch Verschieben und Drehen des Instrumentes kann man jede Stelle der Blasenschleimhaut dem Auge zugänglich machen; man sieht die gelbroth glänzende Farbe derselben und der Gefässe. Bei katarrhalisch erkrankter Blase zeigen sich mannigfache Bilder. Man gewahrt eine gleichmässige oder ungleichmässige rothe Färbung der Schleimhaut, Schleimfetzen hängen in die Flüscigkeit hinein; stösst man die Schleimhaut mit dem Instrumente an, so sieht man einige Blutstropfen in die Blase eindringen, man sieht die netzförmigen Muskelbündel der Vessie à colonnes die Divertikel der Schleimhaut und Tumoren. Von der letzten Species schildert Redner 2 Fälle. Der eine betrifft einen 55 jährigen Patienten, der seit 25 Jahren an Hämaturie litt, der schon damals mit Sicherheit eine Neubildung in der Blase gehabt hat. Die zahlreichen Consultationen, die mit ihm vorgenommen wurden, blieben ohne Erfolg, bis Redner vor nicht langer Zeit mit dem Cystoskop einen knolligen Tumor entdeckte. Der zweite Fall betrifft einen 50 jährigen Mann, der seit 3 Jahren an Schwierigkeit bei der Harnentleerung leidet; man sieht durch das Endoskop am Blasenhals 2 Zotten, die von einem aus vielen Zotten bestehenden Tumor, der an der vorderseitlichen Wand sitzt, herstammen.

Andere Forscher haben ähnliche Resultate mit dem Cystoskop erzielt. Redner führt aus der reichen Erfahrung des Professor Dittel aus Wien einen Fall an, einen zweiten von Nikoladoni aus Innsbruck.

Was nun die Verwendbarkeit des Apparates für die Praxis anbetrifft, so kommen für den Werth einer Untersuchungsmethode zwei Momente in Betracht. Einmal die Sicherheit der Methode und zweitens der Grad der Schonung gegen den Kranken. Nach beiden Richtungen hin ist die Cystoskopie der Digitaluntersuchungen der Blase gleichwerthig, ja überlegen. Sie sollte desshalb nicht, wie Dittel sagt, die letzte sondern die erste Untersuchungsmethode sein. Die Digitaluntersuchung Thompson's ist für den Kranken eine abschreckende Operation. Auch die combinirte Untersuchung Volkmann's in der Narkose ist ein Gewaltact; selbst die Sondirung ist der Cystoskopie unterlegen, ihr gegenüber ist die Einführung der Cystoskopie ein schonender Eingriff. Redner hat nie eine Reaction davon entstehen sehen.

Was alsdann die in der Blase vorkommenden Krankheiten betrifft, so werden Steine nur mit der Sonde diagnosticirt, allein es ist sicher, dass viele kleine Steine übersehen werden, desshalb stellt die Cystoskopie für die Diagnose der Blasensteine eine sicherere Methode dar. Von den Tumoren sage man nicht, dass sie eine seltene Krankheit seien, sie sind immerhin häufig genug, um den Chirurgen dankbares Material zu liefern. Es ist eine bekannte Thatsache in der Geschichte der Medicin, dass mit der Vervollkommnung der Untersuchungsmethoden Krankheiten gleichsam aus der Erde zu wachsen scheinen. So war es nach der Entdeckung des Kehlkopfspiegels, so wird es auch mit der Cystoskopie sein. Dass die Resultate der Operation bei Blasentumoren so ungünstig sind, hat seinen Grund darin, dass die Kranken zu spät zur Operation kommen, wenn schon Nieren und Nierenbecken erkrankt sind. Obwohl die Blasentumoren schon früh schwere Erscheinungen machen, so werden sie in Folge der mangelhaften Untersuchungsmethoden einfach nicht erkannt. Er hoffe, dass mit der Förderung der Erkenntniss dieser Krankheit auch die Resultate der Operationen günstigere werden.

Wenn auch die Grenzen der erfolgreichen Anwendung des Cystoskops enger sind als bei den anderen Untersuchungsmethoden, so biete sich doch reiche Gelegenheit für dessen Anwendung. Die erste Bedingung ist die Durchgängigkeit der Urethra, zweitens eine gewisse Blasencapacität und drittens die Transparenz des Blaseninhaltes. Die für die Untersuchung günstige Füllung der Blase bildet 150 ccm. Die Transparenz braucht keine vollkommene zu sein, es genügt, wenn sie für die Zeit der Untersuchung vorhanden ist, was man leicht durch diätetische Massnahmen und Ausspülen wird erreichen können. Die Hämaturie stört selten, da sie meist anfallsweise auftritt, man muss natürlich zur Untersuchung die anfallsfreie Zeit benutzen, die während der Untersuchung auftretenden Blasenblutungen aber sind weniger zu fürchten und thun der Untersuchung keinen Abbruch.

Discussion in der nächsten Sitzung.

Es folgt die Schlussdiscussion über den Vortrag des Herrn Lazarus, an der sich die Herren Schadewald, B. Fränkel und Lazarus betheiligen. Die Discussion lieferte keine neuen Gesichtspunkte.

---

59. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Berlin.

Aus der Section für Gynäkologie.

(Schluss.)

Löhlein (Berlin): **Indication zur künstlichen Frühgeburt bei inneren Krankheiten.**

Unter den Krankheiten, welche direct vom Status gravidus abhängig sind, wird besonders in Bezug auf das unstillbare Erbrechen gerathen, mit der Einleitung der künstlichen Frühgeburt nicht zu rasch bei der Hand zu sein, da es oft gelinge, bei consequenter Darreichung von Nutrientien und Stimulantien per rectum Mutter und Kind zu erhalten.

Von den Zuständen, welche theils durch Heredität bedingt sind, theils zufällig durch letztere complicirt werden, wird besonders hervorgehoben die Nephritis. Hier kann die Frühgeburt in Frage kommen 1) wegen quälender Oedeme und Transsudate; 2) eventuell zur Vermeidung von Eklampsie; 3) zur Erhaltung der Frucht, wo die Neigung zu Placentarblutungen sich aus früheren Schwangerschaften ergeben hat; 4) vielleicht wegen der Gefahr des Ueberganges in Nephritis vera.

E. Cohn: **Ueber die Ophthalmoblenorrhoe der Neugeborenen.**

Durch Vergleichung der Resultate, welche sich mit der Credéschen Argentum-nitricum-Prophylaxe, mit Einträufelung von Sublimat (1 p. M. und $^1/_5$ p. M.) Sol. Zinc. sulfo-carbolic. 0,5 Proc. ergaben, mit den Erfolgen, welche sich erreichen liessen bei blosser strikter Antisepsis intra partum, verbunden mit sauberem Abwischen der Lider etc., kommt Vortragender zu dem Schluss, keine obligatorische Prophylaxe für nöthig zu halten.

Vortragender constatirt ferner die Existenz einer gutartigen, eitrigen Bindehautentzündung (nicht bacteritischer Natur) neben der ächten Blennorrhoe.

In der Discussion warnen Frank, Gusserow, Korn und Schatz davor, die Einträufelungen zu unterlassen und die Blennorrhoe durch blosse Reinlichkeit zu bekämpfen. Die drei erstgenannten Redner haben übereinstimmend schlimme Erfahrungen gemacht, nachdem sie versuchsweise die Credé'sche Prophylaxe aussetzten und durch andere Manipulationen ersetzten. — Schatz weist noch besonders darauf hin, dass Blennorrhoen in der Privatpraxis zwar sehr viel seltener sind als in Spitälern, aber gerade da besonders häufig zu Erblindungen führen. Gesetze der Reinlichkeit werden besonders in der Privatpraxis kaum genügen.

Hegar (Freiburg) dagegen ist vollständig mit den Ausführungen des Redners einverstanden und ist, sobald eine gute, eingeschulte Hebamme die Kinder besorgte, mit der blossen Reinlichkeit immer ausgekommen.

J. Veit (Berlin): **Ueber Endometritis corporis.**

Redner verwirft die Ansicht, dass aus verschiedenen Symptomen bei Endometritis corporis auf verschiedene anatomische Veränderungen geschlossen werden könne.

Als Hauptmittel nun, die Diagnose auf die in Rede stehende Affection zu stellen, nennt er die Sonde. Man fühlt mit ihr bei Wucherungszuständen die Unebenheiten direct, ferner eine charakteristische Weichheit der Schleimhaut. Sodann lässt sich mit ihr, und das besonders an aufgeriebenen Stellen, bestehende Empfindlichkeit nachweisen. An empfindlichen Stellen findet man entweder regelmässig Unebenheiten oder abnorme Weichheit.

Besonders hervorgehoben wird der Zusammenhang der Endometritis mit der Schwangerschaft.

Angehend die Therapie berichtet Redner, dass er bei einer allgemeinen Behandlung keinen Einfluss auf eine Endometritis hat constatiren können. Ebensowenig stifteten Stifte, Stäbchen, Aetzmittel etc. grossen, bleibenden Nutzen. Als bestes

Mittel nennt er Ausschabungen des Uterus, je nachdem mit oder ohne consequente Nachbehandlung: Alle schlimmen Arten der Endometritis erfordern nach der Abrasio eine mehrwöchentliche Nachbehandlung; es muss diese bei den eitrigen katarrhalischen dysmenorrhoischen Formen bestehen in desinficirenden Ausspülungen, bei allen anderen Formen aber in mehrwöchentlichen, alle 2 Tage sich wiederholenden Einspritzungen von nur verdünnter Jodtinctur.

Schwarz (Halle) unterscheidet 3 Formen von Endometritis corporis:

1) Endometritis fungosa Olshausen: Die Therapie besteht in Curettement und nachfolgender Injection von Liquor ferri.

2) Endometritis gonorrhoica: Es fehlen Wucherungen; daher hat auch eine Auskratzung keinen Effect, und es muss die kaustische Behandlung in Anwendung kommen.

3) Endometritis senilis: Auch hier fehlen Wucherungszustände. Infolge dessen hat man hier ebenfalls nicht mit dem scharfen Löffel, sondern mit Ausspülungen und Aetzmitteln vorzugehen.

Jodinjectionen hält Sch. höchstens alle 8 Tage für zulässig.

Fränkel (Breslau) will ebenfalls das Jod, wo es in Frage kommt, nicht so häufig anwenden wie Veit. Er gebraucht dasselbe vorwiegend bei Hypersecretionen; den Liquor ferri bei vorwiegender Blutungsneigung.

Bei der gonorrhoischen Endometritis sah er die besten Resultate von lange fortgesetzten Uterusausspülungen mit Sublimatlösungen.

Hegar (Freiburg) handhabt im Allgemeinen dieselbe Therapie wie Veit. Wo ihn Jod, das er nur alle 5—6 Tage injicirt, im Stiche liess, hat manchmal Höllensteinlösung einen Erfolg erzielt. Als besondere Vorsichtsmassregel bei der intrauterinen Therapie nennt er Offenhalten des Cervicalkanales.

Winter (Berlin): **Zur Therapie des platten Beckens.**

Vortragender hat an der Hand des poliklinischen Materials der Kgl. Universitäts-Frauenklinik in Berlin die Frage geprüft, welche der beiden Grundanschauungen in der Therapie des platten Beckens richtiger sei, die exspektative, welche mehr für spontanen Verlauf, hohen Forceps und Perforation spricht, oder die active, welche durch frühe Wendung die Entbindung abkürzt. Er entscheidet sich für die abwartende Methode bei Erstgebärenden und für die active bei Mehrgebärenden; seine Gründe hiefür sind:

1) Bestimmte Veränderungen in der Kraft der Bauchpresse. Stärke der Wehen, Grösse des Kindskopfes, Dehnung des unteren Segments, welche alle einen Durchtritt des Kopfes bei Mehrgebärenden unwahrscheinlich machen.

2) Die mit diesem Verfahren für Mutter und Kind gewonnenen äusserst günstigen Resultate.

Discussion: Fränkel bittet, die Vorschläge des Herrn Winter nicht auch auf das allgemein zu enge, besonders nicht auf das allgemein zu enge und vorwiegend in der Conjugata verengte Becken zu beziehen. Hier ist wegen der oft sehr erschwerten Extraction des nachfolgenden Kopfes die Prognose der prophylactischen Wendung für das Kind stets sehr ungünstig, häufig aber auch für die Mutter.

Aber auch die sogenannte hohe Kopfzange bei und wegen engem Becken, mit der ein vorsichtiger Versuch vor der Proforation eines lebenden Kindes erlaubt sein soll, möchte er nur für die Kliniken und den in der Abschätzung des Geburtshindernisses im einzelnen Falle und in der Handhabung der Zange sehr Erfahrenen reservirt wissen. In den Händen des weniger Geübten höre die hohe Kopfzange auf, unschädlich zu sein.

Hegar stimmt mit dem Redner vollständig überein, wenn er die Wendung bei Erstgebärenden beschränkt wissen will. Die Gefahr einer Verletzung, besonders des Dammes, ist sehr bedeutend. Auch Scheidenrisse kommen leicht zu Stande.

Die Gleichsetzung der Gefahr bei operativ behandelter und spontan verlaufener Geburt scheint ihm nicht ganz berechtigt, wenigstens scheint ihm eine solche Aufstellung generell nicht gerechtfertigt. Im allgemeinen ist das Trauma bei operativ behandelten Geburten bedeutender und die Gelegenheit zur Infection grösser. In Privatverhältnissen wird die geringe Geschicklichkeit des Geburtshelfers und die grössere Schwierigkeit der Antisepsis noch dazu kommen.

Die mitgetheilte Zusammenstellung mit den Resultaten der Spiegelbergschen, Winckelschen, Scanzonischen Kliniken ist wohl nicht ganz massgebend. Letztere Fälle stammen wohl noch aus der nicht ganz antiseptischen Zeit.

Schatz ist mit den therapeutischen Ausführungen des Vortragenden einverstanden. Er vermisst nur unter den Momenten, welche die spontane Geburt bei Mehrgebärenden mit plattem Becken erschweren, das Fehlen genügender Steifung der Frucht, wenn der Contractionsring zu hoch gezogen ist. Selbst wenn der Uterus- und Bauchpressendruck, wie häufig genug, durchaus genügend wäre, wird die Geburt doch erschwert dadurch, dass die Fruchttheile, welche direct über dem Beckeneingang liegen, eine genügende seitliche Compression nicht erfahren.

Freund stimmt der Indicationsstellung, je nachdem es sich um Erst- oder Mehr-Gebärende handelt, bei; er möchte dem Urtheil über die Beckenverhältnisse nur eine beschränkte Wichtigkeit beimessen und sieht in der relativen Indication zum Kaiserschnitt eine bedeutsame Bereicherung der Therapie der Geburt bei engem Becken. Der Kaiserschnitt ist, wie auch F. erfahren hat, eine sehr sichere Operation. — Die Frage, ob Porro-Operation oder Kaiserschnitt, ist entschieden.

Winter erwidert Herrn Fränkel, dass seine Vorschläge laut Stellung des Themas, nur auf das platte Becken sich beziehen sollen; beim allgemeinen verengten Becken warnt er ebenfalls vor zu häufiger Wendung wegen der durch die Verengung im ganzen Geburtscanal sehr erschwerten Extraction des nachfolgenden Kopfes. Gegenüber Herrn Hegar betont er, dass auch er in der Gefahr der Dammrisse bei Wendung Erstgebärender einen Grund zur Beschränkung derselben sehe; einen geringen Unterschied in der Morbidität zwischen operativ und spontan beendeten Geburten zu Ungunsten der ersteren erkennt er ebenfalls an, doch glaubt er denselben nicht mehr so hochgradig, dass man darin ein ausschlaggebendes Moment in der Fixirung der Therapie sehen könne. Eine Gegenüberstellung der Resultate aus den verschiedenen Kliniken hält es desshalb nicht für so unberechtigt, weil die Winckelschen und Scanzonischen, erst vor 3 und 4 Jahren publicirt, ebenfalls zum grossen Theil der antiseptischen Zeit angehören.

Wyder (Berlin): **Ueber die Behandlung der Placenta praevia.**

Redner bezweckt mit seinem Vortrage, die Behandlung der Placenta praevia durch combinirte Wendung dem praktischen Arzte besonders zu empfehlen. Es werden die Nachtheile der älteren Methoden hervorgehoben, und an der Hand einer Reihe von 189 Fällen aus der Gusserow'schen und Schröder'schen Klinik, durch combinirte Wendung behandelt, gezeigt, wie sehr durch letztere die Mortalität der Mütter gesunken. Dieselbe betrug nach der älteren Methode 30—40 Proc., bei combinirter Wendung 7,2 Proc.

Unter solchen Umständen kann die grosse Mortalität der Kinder nicht in Betracht kommen und gegen die combinirte Wendung ins Feld geführt werden.

Jungbluth hebt die Vortheile seiner Pressschwammbehandlung bei Placenta praevia und in der gynäkologischen Behandlung hervor.

Hofmeier (Berlin) betont, dass die Jungbluth'sche Methode in Bezug auf die Kindersterblichkeit keine besseren Resultate aufzuweisen habe, als die combinirte Wendung.

Wyder wirft der Jungbluth'schen Methode vor: 1) Der Pressschwamm kann in der Hand vieler Aerzte als Infectionsträger wirken; 2) wird mit derselben die weitere Loslösung der Placenta vor dem operativen Eingriffe nicht vermieden: 3) befürchtet er Blutungen in der dritten Geburtsperiode, welche dann die manuelle Lösung der Placenta nöthig machen. Jungbluth nahm letztere unter 7 Fällen 4 mal vor; Redner in 27 Fällen ebenfalls nur 4 mal.

Jungbluth bestreitet, dass unter seiner Behandlungsweise Blutungen während und nach der Geburt häufig vorkommen.

Neugebauer jun. (Warschau): **Ueber Polymastie.**

N. referirt über einen Fall von Polymastie, beobachtet bei einer II. par. Es bestanden 10 Brustwarzen, die paarweise symmetrisch von oben nach unten convergirten. Die obersten lagen in der Achselhöhle; dann kamen die normalen Warzen, unterhalb derselben die 4 übrigen Paare. Während das Kind an der normalen Brust saugte, sickerte die Milch aus mehreren der überzähligen Warzen continuirlich ab.

Sterbecassaverein der Aerzte Bayerns.

Rechenschaftsbericht für das Verwaltungsjahr 1886.

I. Einnahmen.

A. Stammvermögen.

1)	Uebernahme der früheren Hauptcassa	2848 M.	87 pf.
	Nach Abzug verschiedener ausständiger Posten etc. mit	538 »	55 »
		2310 M.	32 pf.
2)	Aus der Kreiscassa Oberfranken (Sparcassabuch)	527 »	10 »
3)	Aus der früheren Kreiscassa Schwaben	250 »	— »
4)	Geschenk des Hrn. Hofrath Dr. Rosenthal in Würzburg	100 »	— »
5)	Freiwillige Gaben aus Nürnberg	57 »	— »
6)	Ein ungenannt sein Wollender in München	10 »	— »
	Summa:	3254 M.	42 pf.

B. Reservefond.

1)	112 Neuaufnahmen à 5 M.	560 »	— »
2)	a) halbjährige Zinsen eines $3^1/_2$ % Pfandbriefes von 5000 M. 87.50; b) Zinsen des offenen Depots 11.13	98 »	63 »
3)	Activrest aus dem Jahre 1885	999 »	56 »
	Summa:	1658 M.	19 pf.

C. Jahresbeiträge 1886.

348 Mitglieder-Jahresbeiträge à 10 M. . 3480 » — »

13 Mitglieder sind mit ihrem Jahresbeitrag noch im Rückstande.

3 Mitglieder verzichten auf ihre Ansprüche zu Gunsten des Vereines.

II. Ausgaben.

1)	Regie, Drucken von Formularien, Correspondenz etc.	82 M.	9 pf.
2)	Auszahlungen bei 10 Sterbefällen: a) bei 9 Ansprüchen an die ganze Quote à 200 M. 1800 M.; b) nach § 4 Abs. 2 der Stat. einfacher Rückersatz 15 »	1815 »	— »
	Summa:	1897 M.	9 pf.

Zusammenstellung:

I. Einnahmen:	A. Stammvermögen	3254 M.	42 pf.
	B. Reservefond	1658 »	19 »
	C. Jahresbeiträge	3480 »	— »
	Summa:	8392 M.	61 pf.
II. Ausgaben		1897 »	9 »
	Activrest:	6495 M.	52 pf.

Dieser Activrest ist angelegt:

1)	Depositenschein Nr. 2516 der bayr. Vereinsbank in München mit 5000 M. nominell $3^1/_2$ Pfandbrief ob. Bank zum Curse von	4964 M.	75 pf.
2)	Offenes Depot daselbst	1351 »	90 »
3)	Baar zu Hause	178 »	87 »
	Summa:	6495 M.	52 pf.

Die Rechnungen und deren Belege liegen bei dem Hauptcassier, Herrn Dr. Daxenberger, Herzog Wilhelmstrasse 10/I., jederzeit zur Einsicht auf.

Gestorben sind:

1) Dr. M. Frank, k. Medicinalrath in München.
2) Dr. C. Kranz, k. Central-Impfarzt in München.
3) Dr. J. Loder, k. Bezirksarzt in Laufen.
4) Dr. J. Sailer, prakt. Arzt in Traunstein.
5) Dr. J. Heurung, prakt. Arzt in Prutting (war kein ganzes Jahr Mitglied des Vereines).
6) Dr. Klein, k. Bezirksarzt a. D. in Passau.
7) Dr. F. Esenbeck, k. Bezirksarzt a. D. in Cadolzburg.
8) Dr. L. Lauck, k. Bezirksarzt a. D. in Zusmarshausen.
9) Dr. A. Zell, prakt. Arzt in Augsburg.
10) Dr. D. Mayr, prakt. Arzt in Kaufbeuren.
11) Dr. G. Reth, prakt. Arzt in Obergünzburg (war kein ganzes Jahr Mitglied des Vereines und haben die Relikten auf Rückzahlung verzichtet).

	Bisherige Mitglieder	Zugang im Jahre 1886	Summa	Gestorben	Bleiben für 1887
Oberbayern	86	67	153	5	148
Niederbayern	20	2	22	1	21
Pfalz	1	3	4	—	4
Oberpfalz	25	10	35	—	35
Oberfranken	11	6	17	—	17
Mittelfranken	28	7	35	1	34
Unterfranken	30	3	33	—	33
Schwaben	46	14	60	4	56
Ausser Bayern lebend	2	—	2	—	2
	249	112	361	11	350

Verschiedenes.

(Zu Pasteur's Wuthimpfungen.) In der Académie de Medicine zu Paris machte am 5. ds. der Professor der Pathologie Peter Mittheilung über folgenden, für die Beurtheilung der Pasteur'schen Methode der Wuthprophylaxe wichtigen Fall: Der 20jährige Fuhrmann Réveillac wurde gegen Ende November in der Villette von dem Hunde seines Meisters an einem Finger gebissen. Der Thierarzt erklärte den Hund für toll, und man tödtete das Thier; 48 Stunden nach dem Biss liess sich R. nach dem Laboratorium der Rue Vauquelin führen, wo er zwölf Tage nach einander dreimal täglich geimpft wurde. Bis zum 12. Dec. ging alles gut. Nun aber verspürte R. heftige Schmerzen, nicht an der Stelle, wo er gebissen worden war, sondern auf dem Niveau des durch die Impfungen verursachten Wundmales. Das Unbehagen und die Schwäche nahmen zu, an einem Dienstag legte sich R. zu Bette, und zwei Tage darauf, sechs Wochen nach dem Biss, starb er mit schäumendem Munde. Am Mittwoch und Donnerstag hatte man bei ihm Kehlkopfkrämpfe und eine vollständige Unmöglichkeit, Flüssigkeiten zu schlucken, wahrgenommen. Convulsionen zeigten sich bei R. keine, wohl aber Erscheinungen der Lähmung. Man kann nicht umhin, bei dem Tode dieses nach der verschärften Methode behandelten Mannes von zwei Thatsachen überrascht zu sein: erstlich, dass die Schmerzen, welche der Krankheit vorangingen, sich nicht an dem gebissenen Finger, sondern an den Impfpunkten einstellten; zweitens, dass die Symptome nicht die der gewöhnlichen Tollwuth, sondern sich, abgesehen von den Schlundkrämpfen, als paralytische bekundeten, wie dies bei der Tollwuth vorkommt, die in Folge der Experimente an Thieren in den Laboratorien eintritt. In der an die Mittheilung sich anschliessenden Discussion machte Dujardin-Beaumetz geltend, dass Wuth nicht mit Sicherheit als Todesursache nachgewiesen sei, während Chauveau darauf hinwies, dass selbst, wenn Wuth die Todesursache war, diese die Folge des Bisses, und nicht der Impfungen gewesen sein könne, welch letztere vielleicht vorschnell für unfehlbar erklärt worden seien. Professor Peter erwiderte, dass er einfach nachgewiesen habe, dass der Tod trotz der Behandlung erfolgt sei, und lud Dujardin-Beaumetz ein, sich ihm bei einer weiteren Untersuchung anzuschliessen.

Therapeutische Notizen.

(Antipyrin bei Neuralgien.) Eben lese ich die unter »therapeutische Notizen« in Nr. 46 S. 849 dieser Zeitschrift, Jahrgang 1886 aufgenommene Mittheilung des Dr. Ungar-Bonn über die ausgezeichnete Wirkung des Antipyrin gegen Hemikranie. Ich glaube diese Beobachtung nach meiner Erfahrung dahin erweitern zu sollen, dass Antipyrin bei allen Arten von Neuralgien von vortrefflichem Erfolge begleitet ist und geradezu wunderbar wirkt bei den anfallsweise, mit und ohne Temperaturerhöhung auftretenden lancinirenden Schmerzen und Zuckungen der Tabiker.

Bei einem Kranken, wo solche Anfälle selbst nach 10 g Bromkali, in 2stündlichen 2 g Gaben, nicht zum Schweigen gebracht werden konnten, trat auf Antipyrin schon im Verlaufe einer Stunde, oder selbst früher, vollständige Ruhe und Schmerzlosigkeit ein. (Manchmal blieb noch ein gewisser Grad von Hyperästhesie der betr. Hautstelle zurück.)

Diese Wirkung zeigte sich schon bei einer Gabe von 0,5 Antipyrin in warmem Wasser gelöst, (eine Obertasse etwa zur Hälfte gefüllt) bei möglichst leerem Magen oder nüchtern genommen; blieb nach etwa 40 Minuten der Erfolg aus, so wurde die Gabe wiederholt.

Jedenfalls verdient das Antipyrin auf Grund meiner nur beschränkten Erfahrung in den bezeichneten Krankheitsformen versuchsweise Anwendung in weiteren Kreisen.

Ansbach, Januar 1887. Dr. Martius.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 10. Jan. In der am 29. Dec. v. J. abgehaltenen Sitzung des ärztlichen Bezirksvereins München wurde an Stelle des Kreismedicinalrathes Dr. Vogel, der die Vorstandschaft des Vereines mehrere Jahre hindurch in verdienstvollster Weise geleitet hatte und eine Wiederwahl ablehnte, Bezirksarzt Dr. Aub zum Vorstand gewählt. Da Dr. Aub dem Vereine erst seit wenigen Monaten als Mitglied angehört, ist seine Wahl zum Vorstande desselben um so mehr als ein Zeichen des Vertrauens und der Anerkennung seiner Verdienste um den ärztlichen Stand von Seite der hiesigen Collegen anzusehen.

— Mit dem Jahreswechsel ist der Geh. Obermedicinalrath Dr. Eulenberg, vortragender Rath im preussischen Cultusministerium, in den Ruhestand getreten, nachdem er unter lebhaftester Theilnahme vor einigen Monaten sein 50 jähriges Doctor-Jubiläum gefeiert hatte. Zu seinem Nachfolger ist der bereits bisher im Cultusministerium beschäftigte Regierungs- und Medicinalrath Dr. Schönfeld ernannt worden.

— Dr. Kamm, Bezirksarzt a. D. in Schweinfurt, feierte kürzlich sein 50 jähriges Doctor-Jubiläum.

— Am 6. ds. wurde in Berlin das Reserve-Krankenhaus des St. Hedwig-Krankenhauses feierlich eingeweiht.

— Die Verlagsbuchhandlung von Ferdinand Enke in Stuttgart feiert in diesem Jahre das Fest ihres 50 jährigen Bestehens. Die Firma wurde am 1. Januar 1837 zu Erlangen begründet und am 28. Oktober 1874 nach Stuttgart verlegt. Der Gesammtverlag umfasst z. Z. 829 Werke in 1540 Bänden, von denen auf die Medicin 513 Werke in 893 Bänden treffen. Ein anlässlich der Feier ausgegebener elegant ausgestatteter Verlagscatalog gibt einen interessanten Ueberblick über die grosse Bedeutung, welche der Firma Ferdinand Enke insbesondere für die medicinische Literatur zukommt.

— Als ein neues Fälschungsmittel für Leberthran wird das Vaselinöl gebraucht. Mit den gewöhnlichen Reagentien ist es nicht leicht nachweisbar, man erkennt dasselbe aber bei der Verseifungsprobe. Vaselinöl verseift sich nämlich nicht. — In letzter Zeit kommt auch künstlicher Leberthran im Handel vor. Wie aus Amerika berichtet wird, wurde derselbe hergestellt, indem man Häringe in gutem Olivenöl macerirte, wodurch man ein hellgelbes Oel erhält, das völlig den charakteristischen Geruch des norwegischen Leberthrans besitzt. Lässt man die Fische 8—10 Tage in Olivenöl liegen, so erhält man einen »braunen Leberthran«. (Petersb. med. Wochenschr.)

— Man schreibt uns aus Odessa, 18./30. XII. 86: Diese Woche sind in Odessa aus der Kuban'schen Gegend 13 von einem wüthenden Wolfe schwer gebissene Personen angekommen und von der bacteriologischen Station zur Behandlung aufgenommen worden. Dank der traurigen russischen Kanzleiformalitäten werden voraussichtlich sämmtliche Patienten zu Grunde gehen. Es handelt sich nämlich um Kosaken und deren Familien, welche am 2. (14.) November gebissen worden sind; ohne Erlaubniss der höheren Behörden konnte sich die Ortsobrigkeit nicht entschliessen, auf Staatskosten die Unglücklichen nach Odessa zu schicken, bis aber diese Erlaubniss ertheilt wurde, verging mehr als ein Monat, so dass einer der Bedauernswerthen schon unterwegs an Wasserscheu erkrankte, und noch Andere am Tage ihrer Ankunft nach Odessa. Ein Mann und zwei Frauen sind bereits gestorben. Auf Rettung der Uebrigen ist wenig Hoffnung vorhanden. Eine der Verstorbenen war eine Wöchnerin und stillte ihr Kind selbst, bis es ihr hier weggenommen wurde. Mit der Milch dieser Frau sind Versuche auf deren Giftigkeit angestellt worden.

— In Chili sind, wie aus Lima telegraphisch berichtet wird, mehrere Cholerafälle vorgekommen.

(Universitäts-Nachrichten.) **Graz.** Für den erledigten Lehrstuhl der Kinderheilkunde wurden vorgeschlagen: primo loco Professor Soltmann (Breslau), secundo loco Prof. Epstein (Prag) und Privatdocent v. Hüttenbrenner (Wien); tertio loco Privatdocent Dr. Tschamer (Graz). — **Kiew.** Der Privatdocent in Moskau Dr. Tschirkow, wurde zum ordentlichen Professor der speciellen Therapie an Stelle des emeritirten Professors Dr. Mering ernannt. — **Leipzig.** Carl Ludwig, einer der ersten lebenden Physiologen, feierte am 29. Dec. in voller Frische seinen 70. Geburtstag. Es gibt wenige Gelehrte in der Gegenwart, welche durch die Fülle ihrer Untersuchungen und Entdeckungen einen so grossen Antheil an der Entwickelung ihrer Wissenschaft haben, wie Ludwig an dem Fortschritte der Physiologie und der Naturwissenschaften. Seit seiner Habilitirung im Jahre 1842 in Marburg als Docent der Physiologie hat er eine grosse Menge von Arbeiten veröffentlicht. Er wurde 1846 ausserordentlicher Professor der vergleichenden Anatomie in Marburg, erhielt 1849 die ordentliche Professur der Anatomie in Zürich, folgte 1885 einem Ruf an das Josephinum in Wien und übernahm schliesslich 1865 hier die Professur der Physiologie und leitet heute noch in unseren Mauern sein berühmtes physiologisches Institut. Kein Physiologe hat so viele Schüler aller Nationalitäten herangebildet, von denen verschiedene höhere academische Lehrstühle einnehmen. Die hiesige sowie die Wiener Universität überreichten dem Gelehrten und Lehrer eine Glückwunschadresse, seine einstigen Schüler widmeten ihm eine aus wissenschaftlichen Beiträgen derselben bestehende inhaltsreiche Festschrift. — **Paris.** Der Professor der geburtshülflichen Klinik, Pajot, hat, nachdem er das 70. Lebensjahr erreicht, sein Amt niedergelegt. — An Stelle des in den Ruhestand getretenen Prof. Sappey wurde Farabeuf zum Professor der Anatomie ernannt. Der Professor der medicin. Pathologie Peter tritt an die medicinische Klinik des Hospital Necker über. Im Studienjahr 1885/86 waren an der Pariser medicinischen Facultät 3693 ordentliche Hörer inscribirt; hiervon waren 533 Ausländer, darunter 108 weiblichen Geschlechtes, zumeist Russinnen. — **Würzburg.** Der Privatdocent der Ophthalmologie an der medicinischen Facultät, Dr. Helfreich, wurde zum Professor honorarius an hiesiger Universität ernannt.

Personalnachrichten.

(Bayern.)

Auszeichnung. Das Ritterkreuz I. Cl. des Verdienstordens vom hl. Michael erhielt der ordentliche Universitätsprofessor Dr. Albert Hilger in Erlangen.

Ernannt. Der einjährig freiwillige Arzt Eugen Jacoby des 1. Train-Bataillons wird zum Unterarzt im 17. Inf.-Reg. ernannt und mit Wahrnehmung einer vacanten Assistenzarztstelle beauftragt.

Abschiedsbewilligungen. Dem Assistenzarzt I. Cl. Dr. Köhler des Beurlaubtenstandes (Kissingen) behufs Uebertritts in k. preussische Militärdienste. Dem Oberstabsarzt I. Cl. Dr. Henke, Regimentsarzt des 9. Inf.-Reg. und beauftragt mit der Function als Divisionsarzt der 4. Division, und dem Oberstabsarzt II. Cl. Dr. Scheider, Regimentsarzt des 4. Inf.-Reg., diesem unter gebührenfreier Verleihung des Charakters als Oberstabsarzt I. Cl., wurde der Abschied mit Pension und der Erlaubniss zum Tragen der Uniform bewilligt.

Befördert. Zu Assistenzärzten 2. Cl. Unterarzt August Seel im 13. Inf.-Reg., dann im Beurlaubtenstande die Unterärzte Hubert Schön, Ludwig Deisenhofer, Dr. Anton Scherner, Dr. Philipp Bauer und Oscar Trautmann (München I), Dr. Hans Röhrig (Regensburg), Adam Glanz (Amberg), Dr. Sigmund Plachte (Hof) und Friedrich Luther (Kissingen).

Niederlassungen. Appr. Arzt Carl Schiffmacher in Untergriesbach, k. Bezirksamts Passau (bisher in Trier); approbirter Arzt Ottmar Rieger in Abensberg, Bez.-Amts Kelheim; Dr. C. Leusser als prakt. Arzt in Münnerstadt; Wisser Peter zu Bonnland; Kress Bruno zu Gräfendorf; Dr. Georg Gaill aus München in Waldmünchen.

Verzogen. Dr. Bernhard Bayerl ist von Waldmünchen nach Roding übergesiedelt; Dr. Carl Wolf von Scheinfeld nach Schweinfurt; Dr. Katzenellenbogen von Gemünden nach Stolpemünde; Dr. Ludwig Raucher von Bonnland unbekannt wohin; Dr. Ernst Knauf von Gräfendorf zum einjährigen Freiwilligendienst.

Gestorben. Dr. Voldsen-Storm (aus Husum), prakt. Arzt zu Wörth a./M.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während d. 52. Jahreswoche v. 26. Dec. 1886 bis incl. 1. Jan. 1887.

Bevölkerungszahl 262,000.

Zymotische Krankheiten: Pocken — (—*), Masern und Rötheln — (—), Scharlach 3 (5), Diphtherie und Croup 1 (3), Keuchhusten 1 (1), Unterleibstyphus 1 (—), Flecktyphus — (—), Asiatische Cholera — (—), Ruhr — (—), Kindbettfieber 1 (1), andere zymotische Krankheiten — (1).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 131 (143), der Tagesdurchschnitt 18.7 (20.4). Verhältnisszahl auf das dahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 26.0 (28.4), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 18.1 (18.1), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 18.1 (17.0).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Sterblichkeit der Vorwoche.

Verlag von Jos. Ant. Finsterlin in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.